

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**MESTRADO EM SOCIOLOGIA**  
**Área de Especialização em Família e População**

**PARA UMA SOCIOLOGIA DAS PRÁTICAS DO CUIDAR DA  
ENFERMEIRA OBSTETRA**

**O Caso Particular da Intervenção Junto da Parturiente, Puérpera e Família de  
Portalegre**

**Tese elaborada para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia  
AIDA MARIA QUINTINO DE OLIVEIRA BARRADAS**

**Orientada por Professor Doutor Carlos Alberto da Silva**

**ÉVORA, NOVEMBRO 2008**

**Título:** Para uma sociologia da Práticas do Cuidar da Enfermeira Obstetra

**Sub-título:** O Caso Particular da Intervenção Junto da Parturiente, Puérpera e Família de Portalegre

**Palavras-chaves:** Enfermagem; Cuidar em Obstetrícia; Comunicação; Competências, Identidade.

Tese elaborada para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia

Orientada por Professor Doutor Carlos Alberto da Silva



168 666

Departamento de Sociologia

Universidade de Évora

## **RESUMO**

### **Título: Para uma sociologia da Práticas do Cuidar da Enfermeira Obstetra**

O objectivo desta tese é caracterizar as práticas profissionais da enfermeira obstetra do HDJMG, em Portalegre. Como estratégia de investigação, privilegiamos o estudo de caso e o paradigma qualitativo. Este método de análise intensiva permite uma melhor compreensão da natureza da prática do cuidar, descrevendo assim as experiências das enfermeiras, a forma como as vivem e como elas as descrevem.

Os resultados demonstram uma interacção muito forte com a seguinte caracterização: A enfermeira cuida da puérpera e da família, estão melhor preparadas e possuem melhor imagem que anteriormente; fazem ensinos programados sobre o puerpério, valorizando a dor e as necessidades das utentes. Identificam como barreiras na relação, a formação cultural da utente e como estratégias para as transpor, demonstram uma permanente disponibilidade. Entendem que a atitude de submissão e obediência, por parte das utentes, é exercido pela autoridade da classe de enfermagem. Utilizam como paradigma das suas práticas o da Transformação privilegiando a relação humana em vez da técnica.

O posicionamento da pesquisadora frente a esse cenário aparece, ao final desta tese, na forma de contribuir para a melhoria das práticas profissionais em enfermagem obstétrica.

## **ABSTRACT**

### **Title: For a Taking care Practises Sociology of the Obstetric Nurse**

The purpose of this thesis is to characterize the obstetric nurse's professional practises of the in HDJMG in Portalegre. As a strategic analysis, we consider the case-study-method and the quality paradigm. This method of intensive analysis allows a better understanding of the caring nature, describing thus the experience of nurses; the way these are lived and how they are described.

The results show a very strong interaction with the following characterization: nurses care for the puerpera and family, they are better prepared and have a better image than before; they teach programs about puerperium, regarding the pain and the needs of patients. The cultural education of patients is identified as a barrier to the relation and the permanent availability is a strategy to solve it. They understand that the obedience and submissive attitude from patients is due to nurses' authority. They use as a practice paradigm the Transformation considering as relevant the human instead of the technical relationship.

The researcher's positioning regarding this scenario is shown at the end of this thesis, as a way of contributing to the improvement of professional care practices in obstetrical nursing.



## **AGRADECIMENTOS**

A todos aqueles que me ajudaram e apoiaram para a concretização deste trabalho em especial, ao Srº Professor António Casa Nova e Srª Professora Fátima Freitas ambos da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pelo apoio e incentivo no percurso desta dissertação.

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, pelo percurso formativo que me proporcionou, com o seu apoio, disponibilidade, estímulo e crítica.

Aos Enfermeiros que colaboraram no estudo, pela disponibilidade demonstrados.

À Direcção da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano do Hospital Doutor José Maria Grande, pela colaboração concedida.

À minha família e todas as mães em especial a minha mãe, porque sem o seu apoio familiar, este trabalho não tinha sido possível de realizar.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

BAI.....	Bolsa amniótica íntegra
CTG.....	Cardiotocografia
EPE.....	Entidade Pública Empresarial
HDJMG.....	Hospital Dr José Maria Grande
OE.....	Ordem dos Enfermeiros
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
REPE.....	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
ULSNA.....	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

## ÍNDICE

	fl
0 - <u>INTRODUÇÃO</u> .....	12
1 - <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u> .....	18
1.1 - ENFERMAGEM E SOCIEDADE – PRÁTICAS, CONCEITOS E CORRENTES DO PENSAMENTO.....	18
1.2 - PROTO-HISTÓRIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA .....	35
1.3 – DOMÍNIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA: COMPETÊNCIAS E CUIDAR.....	44
2 - <u>METODOLOGIA</u> .....	91
2.1- PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	93
2.2 - ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO.....	96
2.3 - TERRENO DE PESQUISA.....	100
2.4 – OS ACTORES DO ESTUDO.....	101
<b>2.4.1. - Caracterização dos actores em estudo</b> .....	104
<b>2.4.2. - Caracterização do serviço</b> .....	105
<b>2.4.3. – Vivências no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia</b> .....	107
2.5 - ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS.....	111
<b>2.5.1 – A Entrevista</b> .....	112

<b>2.5.2 – Guião da Entrevista.....</b>	<b>115</b>
<b>2.5.3 - Procedimentos formais e éticos .....</b>	<b>120</b>
<b>2.6 - TRATAMENTO DE DADOS.....</b>	<b>122</b>
<b>3 - <u>ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS</u>.....</b>	<b>126</b>
<b>3.1 – PERFIL E REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CUIDAR EM ENFERMAGEM OBSTÉTRA.....</b>	<b>128</b>
<b>3.1.1 – Conceito de cuidar em Obstetrícia.....</b>	<b>129</b>
<b>3.1.2 – Representação Social da Enfermeira Obstetra (RSE).....</b>	<b>136</b>
<b>3.1.3 – Importância da construção do percurso profissional (ICP).....</b>	<b>143</b>
<b>3.2 – ARTICULAÇÃO ENTRE OS ENSINOS REALIZADOS E AS NECESSIDADES DAS UTENTES.....</b>	<b>146</b>
<b>3.2.1 – Importância dos ensinios realizados (IER)/ Prioridade às necessidades das utentes (PNU).....</b>	<b>146</b>
<b>3.2.2 – Importância dos ensinios realizados (IER) / Valorização do estado físico e emocional das utentes (VEF).....</b>	<b>152</b>
<b>3.2.3 – Importância dos ensinios realizados (IER) / Integra os ensinios no cuidar (IEC).....</b>	<b>157</b>
<b>3.3 – RELAÇÃO COM A UTENTE NA PERPECTIVA DA ENFERMEIRA OBSTETRA.....</b>	<b>159</b>
<b>3.3.1 – Relação entre enfermeira/utente (REU) / Barreiras identificadas durante o processo de relação (BIR).....</b>	<b>160</b>
<b>3.3.2 – Estratégias mobilizadas para melhorar a relação (EMR).....</b>	<b>165</b>
<b>3.3.3 – Atitude de Submissão e Obediência (ASO).....</b>	<b>168</b>
<b>3.4 – IMPORTÂNCIA DA VERTENTE TÉCNICA VERSUS RELACIONAL.....</b>	<b>173</b>
<b>3.4.1 – Paradigma das práticas profissionais (PPP).....</b>	<b>173</b>

3.4.2 – Privilegia técnica/relação humana.....	176
4 - <u>CONCLUSÃO</u> .....	182
5 - <u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	189

#### **ANEXOS:**

ANEXO I – Guião da entrevista.....	203
ANEXO II – Pedido de autorização ao HDJMG para realização do estudo....	208
ANEXO III – Matriz de análise de entrevistas.....	210
ANEXO IV – Matriz de Codificação Global.....	237

## RELAÇÃO DE QUADROS

	fl
QUADRO N.º 1 - Caracterização dos actores em estudo.....	104
QUADRO N.º 2 - Matriz/Síntese - Conceito de Cuidar em Obstetrícia (CCO).....	134
QUADRO N.º 3 - Matriz/Síntese -Representação Social da Enfermeira Obstetra (RSE).....	141
QUADRO N.º 4 - Matriz/Síntese - Importância da Construção do Percurso Profissional (ICP) ...	145
QUADRO N.º 5 - Matriz/Síntese - Prioridade às necessidades das utentes (PNU).....	150
QUADRO N.º 6 - Matriz/Síntese - Valorização do estado físico e emocional das utentes (VEF)....	156
QUADRO N.º 7 - Matriz/Síntese – Integra os ensinios no cuidar (IEC).....	158
QUADRO N.º 8 - Matriz/Síntese - Barreiras identificadas durante o processo de relação (BIR)...	163
QUADRO N.º 9 - Matriz/Síntese – Estratégias mobilizadas para melhorar a relação (EMR)..	166
QUADRO N.º 10 - Matriz/Síntese – Atitude de submissão e obediência (ASO).....	171
QUADRO N.º 11 - Matriz/Síntese - Paradigma das Práticas Profissionais (PPP).....	175
QUADRO N.º 12 - Matriz/Síntese - Utiliza recursos técnicos (UTR).....	180

## RELAÇÃO DE ESQUEMAS

	fl
ESQUEMA N.º 1 - Conceito de Cuidar.....	135
ESQUEMA N.º 2 - Representação Social da Enfermeira Obstetra.....	142
ESQUEMA N.º 3 - Importância da construção do percurso profissional.....	145
ESQUEMA N.º 4 - Prioridade às Necessidades das Utentes.....	151
ESQUEMA N.º 5 - Importância ds Ensinos Realizados.....	156
ESQUEMA N.º 6 - Integra os Ensinos no Cuidar.....	159
ESQUEMA N.º 7 - Barreiras Identificadas.....	164
ESQUEMA N.º 8 - Estratégias para Melhorar Relação.....	167
ESQUEMA N.º 9 - Atitude de Submissão e Obediência.....	172
ESQUEMA N.º 10 - Paradigma das Práticas Profissionais.....	176
ESQUEMA N.º 11 - Privilegia Técnica ou a Relação Humana.....	181
ESQUEMA N.º 12 - Esquema Final .....	188

## 0 - INTRODUÇÃO

A qualidade no atendimento de enfermagem obstétrica faz parte da evolução actual e do progresso dos níveis epidemiológicos mundiais. Esta premissa, tem tido constante fomento, visível na actual diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade infantil e materna. Este percurso, segundo Resende (1991), "*(...) tem sofrido constantes alterações, de acordo com as revoluções de matriz sociocultural e tecnológicas, mas tem as suas raízes em épocas tão remotas, como por exemplo, em 40.000 a.C., eram os homens que ajudavam as suas mulheres a parir, mas em 6000 a.C. surgem já as mulheres na assistência aos partos(...)*" (Resende 1991:3).

O mesmo autor refere que, pouco a pouco, as mulheres foram-se especializando nesta arte. O trabalho de parto e parto ocorriam em ambiente domiciliário, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira ou uma "aparadeira" da sua confiança, e apoiada pelos seus familiares. A parteira tradicional era uma figura familiar e tranquilizadora, que proporcionava uma assistência sem pressas, podia usar amuletos e talismãs e empregava técnicas, transmitidas de geração em geração, mas nem sempre se observava medidas higiénicas preventivas (Resende 1991:4). No século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e consequentemente a sua medicalização. (Resende 1991:4).

Efectivamente, com a melhoria da assistência sanitária e o alargamento da rede hospitalar, a institucionalização do parto tornou-se um factor determinante para afastar a "parteira" no domicílio e a rede sócio-familiar do processo do nascimento, uma vez que a estrutura física hospitalar e as suas consequentes rotinas foram organizadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes (Carneiro 2002:5-10). Assim, a maioria das mulheres passou a permanecer internada em salas de trabalho de parto colectivo ou em bloco de partos colectivos, com pouca ou nenhuma privacidade, assistidas



com práticas baseadas em normas e rotinas que as tornaram passivas e impediram ou impossibilitaram a presença de uma pessoa da sua confiança para as apoiar.

De relevar que o modelo de assistência médico tradicional, mais especificamente o obstétrico, tem vindo, a ser questionado por investigadores e actores sociais como algumas ONG's e vários movimentos internacionais de mulheres pelos direitos humanos e até mesmo por agências como a Organização Mundial de Saúde (OMS). Personalidades credenciadas, como Kitzinger, antropóloga social, surgem no panorama actual contra a intervenção obstétrica como um processo clínico de alta tecnologia em detrimento da experiência pessoal, activa e intensa, vivida pela mãe, pai e restantes familiares.

A tomada de consciência de que o parto é uma experiência a ser vivida activamente, ao invés de passivamente intensifica-se no contexto actual. Assiste-se, nos nossos dias, não só na obstetrícia, mas nas mais diversas áreas, a par com uma acelerada evolução da tecnologia e ciência, a uma tentativa de regresso às origens, ao passado... ao que é “natural”. A humanidade parece ter necessidade de controlar esta explosão tecnológica e científica e de se reafirmar enquanto seres humanos, reencontrando o seu equilíbrio.

Importa salientar que o exercício profissional da enfermagem centra-se na “*relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas*” (Ordem dos Enfermeiros 2002:9), nesta relação, cruzam-se as tecnologias mais avançadas com a humanização do cuidar. Atingido o pico máximo da medicalização do parto na década de 70, com a criação de berçários onde os bebés ficavam afastados das suas progenitoras, e onde as mesmas se dirigiam apenas para exercer a sua função técnica de amamentação, chegamos a um ponto em que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a diminuição das taxas de cesarianas, da medicalização, das intervenções desnecessárias, vêm acontecendo como estratégias de humanização do nascimento. Estas e outras condutas são actualmente recomendadas pela OMS para o parto normal. A busca por uma assistência humanizada é um assunto de crescente interesse, ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades dessa forma de assistência sejam, em grande medida, um debate aberto (Lopes 1997:34).

A importância do CUIDAR da enfermeira obstetra, junto da parturiente, puérpera e família, é considerada fulcral em todos os aspectos (físico, psicológico, emocional, entre outros). Como enfermeira obstetra, muitas vezes questiono-me se a nossa classe profissional tem uma perfeita caracterização sociológica das suas práticas e ainda se se identificam com algum modelo de representação social do CUIDAR. Se agimos puramente dentro da esfera do modelo biomédico, com práticas rotineiras e sistematizadas ou se a nossa actuação tem como alicerces a adopção de algum modelo conceptual das práticas profissionais, onde a comunicação e a articulação entre os cuidados e os ensinamentos realizados é relevante para a nossa intervenção junto da parturiente, puérpera e famílias.

Estas dúvidas, motivaram-nos para a realização deste estudo, num contexto socioprofissional, em que as contínuas transformações do paradigma de actuação da enfermeira obstetra, concomitantemente com a mudança da expressão social das maternidades dos SNS, hoje em dia, têm colocado permanentemente os seus actores sob os holofotes da comunicação social e assim mais expostos à crítica social.

Este trabalho, tem assim, como objectivo geral caracterizar as práticas profissionais da enfermeira obstetra no local onde fazemos parte da equipa multidisciplinar do Serviço de Obstetrícia do Hospital Drº José Maria Grande em Portalegre (HDJMG) da ULSNA/EPE (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano/ Entidade Pública Empresarial).

Numa perspectiva minimalista, poderíamos reduzir a nossa investigação a questões tão básicas como: Quem somos? O que fazemos? E como o fazemos? Porventura, as respostas irão de encontro as estas questões, mas querendo ser mais metódica e assumindo uma perspectiva da análise social, decerto encontraremos outras soluções para a identificação da sociologia das nossas práticas, pretendendo, assim, contribuir para caracterizar uma área onde este tipo de investigação é ainda reduzido e, até mesmo difícil de penetrar.

Para esta análise, seleccionamos como terreno de pesquisa o nosso próprio contexto profissional, por ser uma realidade que queremos descodificar e podermos ter a possibilidade de fazer observação participante, coadjuvando deste modo a investigação.

Como estratégia de investigação, privilegiamos o estudo de caso, porque, como temos referido, pretendemos compreender em profundidade e, através do contacto directo mantido no terreno, a realidade das práticas do cuidar da enfermeira obstetra, a sua realidade social, a forma como ele é concebida, percebida e experimentada pelas enfermeiras no HDJMG.

Para tal desiderato, a opção pelo paradigma qualitativo, parece-nos ser a mais adequada, porque nos possibilita uma melhor compreensão da natureza da prática do cuidar da enfermeira obstetra, bem como a dinamização entre os cuidados, os ensinamentos e as necessidades das utentes, descrevendo assim as experiências das enfermeiras, a *“forma como as vivem e como elas as descrevem”* (Polit 1987:348).

Temos consciência que não podemos alargar as conclusões do nosso estudo a toda a realidade portuguesa, mas pensando que todas as enfermeiras obstetras portuguesas, realizaram a sua formação especializada nos mesmos centros de estudos, isto é, nas mesmas escolas das grandes cidades, poderemos inferir que as correntes do pensamento pedagógico terão um denominador comum, não se desviando muito de um padrão, em que todas receberam as mesmas influências. O que afirmamos pode não ser um dado objectivo, mas pode sustentar uma percepção geral e generalizada da intervenção da enfermeira junto das utentes nas nossas maternidades.

Como técnica de recolha de dados, de modo a obtermos informações importantes para o nosso estudo e, explorando o contexto das respostas dadas pelos actores em estudo, fizemos a opção pela entrevista semi-estruturada, a esta técnica aliamos a observação participante, como técnica complementar.

Para validar o nosso estudo, utilizamos a validação por triangulação, por ser uma prova eficiente de validação. A triangulação consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista, através do trabalho conjunto de diversos investigadores, de vários informantes e várias técnicas de colheita de dados. A triangulação surge assim como uma actividade interna que acompanha todo o processo de investigação.

Na presente pesquisa, a elaboração final das categorias temáticas é feita pela triangulação dos dados e pela análise transversal das categorias temáticas dos diferentes

actores em estudo. As dimensões foram expressas em somatório das unidades de registo mais significativas para a pesquisa das categorias questionadas às enfermeiras obstetras, permitindo uma análise articulada dos resultados obtidos.

Para cada Matriz/Síntese, analisada, procedemos à decodificação das categorias temáticas por esquemas representativos das conclusões obtidas, possibilitando deste modo, um melhor entendimento das conclusões obtidas.

A estruturação do trabalho está dividida cinco partes principais.

O primeiro capítulo, é dedicado ao referencial teórico onde nos baseamos para a apresentação da “enfermeira obstetra”, as suas origens, abordando a proto-história da enfermagem obstétrica, as correntes do pensamento mais prevalentes nesta área e quais os seus domínios profissionais.

O segundo capítulo é destinado á apresentação da metodologia seleccionada para a presente pesquisa, descrevendo pormenorizadamente o tipo e o paradigma de investigação utilizado; enunciando a problemática emergente e os objectivos do estudo; assim como a estratégia de recolha de dados e a caracterização e a justificação da amostra seleccionada.

Fazendo a transição para o terceiro capítulo, onde procedemos à análise e tratamento dos dados, apresentamos as categorias e sub-categorias onde assenta a pesquisa, revelando as matrizes/síntese tratadas e por fim apresentamos os respectivos esquemas ilustrativos dessas análises efectuadas, procurando interpretar, sob uma perspectiva sociológica, como é que as enfermeiras obstetras percebem as suas vivências e intervenções junto das “suas” utentes e, de que forma surgem constrangimentos que poderão afectar a sua prestação.

O quarto capítulo é inteiramente dedicado às conclusões e sugestões desta pesquisa social, começando por uma síntese de todos os dados obtidos da investigação, sugerindo por fim algumas reflexões importantes e que poderão contribuir para uma perfeita definição da imagem social que as enfermeiras têm de si próprias e os constrangimentos que maior influência têm no seu desempenho profissional.

Por fim, no último capítulo apresentamos a bibliografia consultada e colocamos em anexos vários documentos acessórios de todo o estudo, como os pedidos de autorização

efectuados, os instrumentos de colheita de dados, a matriz de codificação global e a grade de análise de entrevistas.

Ficamos com a certeza de que este trabalho não estará completo, pois é um campo que ainda não está devidamente explorado, com pouca investigação na temática além de ser um meio de acesso muito restrito, mas como queremos contribuir para uma melhor definição sociológica das nossas práticas enquanto enfermeiras obstetras, decidimos assim lançarmo-nos nesta aventura, pretendendo contribuir para uma melhor interpretação dessa mesma prática profissional, com o propósito de promover a profissão em constante desenvolvimento, com credibilidade, cujos membros do seu corpo profissional sejam tidos como credíveis.

## 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 – ENFERMAGEM E SOCIEDADE – PRÁTICAS, CONCEITOS E CORRENTES DO PENSAMENTO

A profissão de Enfermagem tem ao longo do seu percurso feito esforços para valorizar o seu papel social através das suas práticas profissionais, de modo a adquirir um lugar de destaque na hierarquia da sociedade, afirmando o seu mandato e identidade social, tal como refere Marques, Silva e Santos (2005) citando W. Hesbeen, *“essa identidade existe, e, mais do que procurá-la, os enfermeiros deveriam desenvolver uma estratégia para mostrar o valor de todas essas “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem.”* (Marques, Silva e Santos 2005:55)

Indo de encontro com o conceito de identidade no âmbito da Sociologia, como refere Abreu (2001) citando Dubar, *“ (...) assumindo uma dinâmica abrangente, partindo de uma reinterpretação da noção de dialéctica sujeito/sociedade. Considera-se que a construção identitária não ocorre apenas devido à pertença do indivíduo a um grupo: é o percurso de vida do indivíduo que permite moldar a sua identidade. Esta identidade, constituída segundo uma trajectória, ocorre através de negociações sucessivas com os outros, podendo estes atribuir-lhe uma identidade (virtual) que pode não coincidir com a real, que o próprio sujeito constrói e personifica”.* (Abreu 2001:82)

A enfermagem tem vindo a evoluir segundo modelos de formação determinados por contextos sociais, históricos e culturais ao longo dos tempos, assim tem sido uma realidade, a preocupação que os enfermeiros manifestam por adquirir formação, com o objectivo de melhorar as práticas profissionais junto dos utentes, interrogando o seu saber, pois este é baseado em princípios científicos e concepções teóricas, como afirma Franco (2000) *“(...) já que não poderá haver uma boa formação sem uma boa prática, nem haverá certamente*

*uma boa prática sem uma boa formação, aliás a prática deve ser sempre fonte de formação e a formação deve ter sempre uma importante componente prática". (Franco 2000:6)*

Concordando, também como afirma Abreu (2001) *"A problemática da configuração identitária dos enfermeiros suscita, desta forma, o interesse e o investimento dos responsáveis pelo desenvolvimento dos diversos níveis de formação e liderança destes profissionais. A identidade profissional forma-se sobretudo através de processos sociais e reconstitui-se, igualmente, a partir das interações sociais."* (Abreu 2001:82)

Segundo Falcato (2000) citando Lopes *"a luta pela posse de instrumentos académicos e jurídicos, (Licenciaturas, Mestrados, Doutoramentos, Códigos deontológicos e Ordem dos Enfermeiros) confere aos enfermeiros uma competência técnica e científica específica, mas essencial porque esses instrumentos são entendidos como trunfos que lhes podem conferir recursos de poder"*. (Falcato 2000: 24)

Como afirma Abreu (2001) *" Todas estas alterações e mudanças, a nível social em geral e da própria área da saúde em particular, colocaram a enfermagem numa situação de mudança, acompanhada de padrões de formação cada vez mais elevados e diferenciados. (Abreu 2001:81). Como refere Pimentel (2000) "Analisar a identidade profissional da enfermagem significa rever toda a história social, compreender a influência do meio e identificar os conflitos intra e inter profissionais."* (Pimentel 2000: 31) Acrescentando a mesma autora ao citar Lopes *" A emergência da enfermagem, enquanto grupo socioprofissional, está intimamente ligada à expansão do sistema hospitalar ocorrida a partir do século XIX, assim como às transformações técnicas e sociais que estiveram na origem dessa expansão, verificando-se nesta altura uma reorganização do modo da produção de cuidados, quer através do aumento da complexidade técnica dos cuidados de saúde, decorrentes da institucionalização da moderna medicina, quer ainda pelo aumento da complexidade administrativa e pela burocratização organizacional do sistema hospital. Isso veio exigir à enfermagem competências e responsabilidades para as quais esta ainda não se encontrava preparada, pois os cuidados de enfermagem eram prestados por "religiosas" ou por pessoal "não diferenciado" que, até essa altura, assegurava as prestações não médicas. Foi precisamente neste contexto técnico e*

esta formação deverá mostrar os seus “frutos” como afirma Pinheiro (2004) *“A formação deverá permitir que o futuro especialista utilize a reflexão e razoabilidade na tomada de decisão para apresentar solução/soluções mais adequadas aos problemas de saúde de cada mulher e família, num determinado contexto e momento”*. Acrescentando a mesma autora, *“(…) a formação deverá garantir os alicerces para a construção de um autoconceito profissional positivo, e o desenvolvimento de uma cultura profissional que permita a sua distinção quanto ao tipo, qualidade, eficácia e eficiência da actividade profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, no contexto de equipas multidisciplinares.* (Pinheiro 2004:6)

Reflectindo no meu desempenho profissional, fico com a certeza que reconhecimento social que a profissão tanto procura, passa pela utilização dessa formação junto dos utentes, sendo importante que os enfermeiros tomem consciência que é junto deles e da comunidade, compartilhando “saberes” e sentimentos, isto é, desempenhando a essência da nossa profissão que é o acto de Cuidar, que se adquire esse “ galardão”, e se merecem, tão desejado. Como refere Pinheiro (2004) *“ Cada especialista deverá sentir-se e saber fazer sentir que é indispensável para o trabalho dessa equipe e, simultaneamente, deverá sentir-se elemento de um corpo profissional que se demarca pela sua importância social”* (Pinheiro 2002:6). Pois os conhecimentos técnicos, científicos e humanos podem mudar com o tempo, assim como as crenças e os valores da sociedade, mas a essência da nossa profissão deverá manter-se constante senão poderemos pôr em risco a especificidade do conteúdo da Enfermagem.

Não esquecendo também como afirma Basto e Portilheiro (2003) que *“ desenvolvimento da profissão depende do esforço de reflexão sobre a orientação seguida na prática dos cuidados de enfermagem feita a nível das equipas e das associações profissionais e do nível de desenvolvimento que cada enfermeiro atinja, através da formação inicial e da formação ao longo da vida.”* (Basto e Portilheiro 2003:50)

Contudo as práticas profissionais de enfermagem, nem sempre foram unânimes acerca dos conceitos actuais, sendo a sua evolução influenciada por diferentes concepções de enfermagem. Sendo assim, pensamos ser importante, fazer um percurso histórico sobre a

organizacional que se desencadeou a “reforma” de Florence Nightingale, da qual resultou uma reelaboração da natureza dos cuidados de enfermagem, concretizada na sua progressiva dissociação do trabalho doméstico a que estivera associado. Esta demarcação iria constituir uma referência fundamental no sentido da construção de uma identidade como grupo sócio-profissional. Assim, compreender as concepções que acompanham o desenvolvimento das práticas profissionais dos enfermeiros, implica identificar quais as concepções profissionais subjacentes à construção da identidade profissional, não só no que diz respeito à aquisição e desenvolvimento de valores, mas também à aquisição de conhecimentos teóricos e práticos.” (Pimentel 2000: 31) Acrescentando a mesma autora citando Canário *“ (….) às importantes mudanças que ocorreram no campo da saúde, descreve a formação como instrumento essencial, quer para fazer face a mudanças que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas.”* (Pimentel 2000:32). Acrescentando ainda a mesma autora citando Martin: *“A educação/formação como os “caminhos” para a construção da identidade profissional da profissão”* (Pimentel 2000: 32)

Assim podemos pensar que a constante evolução tecnológica leva à necessidade de adquirir novos saberes no domínio do saber-fazer, oriundos da formação. Tal como refere Abreu (2001) *“(…) as identidades profissionais não são estáticas, evoluem com a história de vida, vão sendo construídas através de escolhas mais ou menos conscientes* (Abreu 2001: 95). Continuando o mesmo autor *“Resultam de interações entre as estruturas psíquicas individuais e as dinâmicas das estruturas sociais, ao longo de toda a vida do sujeito em sociedade.”* (Abreu 2001:87). Acrescentando ainda Abreu (2001) *“ Um dos sectores sócio-profissionais cuja trajectória identitária mais se tem transformado, num processo contingente e estratégico onde se destacam (…) a valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros”* (Abreu 1997: 149)

Decorrente das práticas e necessidades sociais a aprendizagem ao longo da vida é uma realidade nos profissionais de enfermagem, uns por motivos de necessidade de actualização de conhecimentos, outros pela ascensão na hierarquia social e outros por gosto por uma especialidade, como é o caso da especialidade de saúde materna e obstetrícia. Mas



diferentes concepções e paradigmas de enfermagem, que influenciaram o nosso percurso profissional, e ao mesmo tempo, exercer um olhar retrospectivo para os primeiros tempos da nossa profissão e como as práticas se foram modificando, pois para sabermos e compreendermos o que hoje somos, será relevante olhar para o que fomos para podermos reflectir para o que poderemos ser tanto como pessoas como membros desta profissão.

Ao estudar as práticas do cuidar em enfermagem e a forma como o enfermeiro pensa nos cuidados, sendo um dos factores determinantes da sua prática, como diz Basto e Portilheiro (2003) “ *o sentido que o enfermeiro dá à sua prática está ligado ao seu conceito de cuidados de enfermagem, à forma como concebe a saúde e o ambiente e ainda à concepção que tem de pessoa, como sujeito dos seus cuidados.*” Ainda para os mesmos autores, “ *(...) que estes conceitos são de tal forma centrais que foram designados de “metaparadigmas”, no sentido de estarem acima dos vários paradigmas com que se pode perspectivar o cuidar em enfermagem e por terem sido identificados em estudos de enfermagem ao longo do tempo* ” (Basto e Portilheiro 2003:43).

Para melhor compreensão dos fundamentos da prestação de cuidados de enfermagem, parece-nos pertinente definir cada um dos seus principais conceitos base, fazendo referência a alguns autores e instituições, cujas ideias e postulados que nos parecem bastante adequados para a enunciação dos conceitos em causa, designadamente das áreas “gerais” de envolvimento da enfermagem:

- **Saúde**
- **Pessoa**
- **Ambiente**
- **Enfermagem**
- **Cuidados de Enfermagem**
- **Enfermeiro**
- **Enfermeiro Obstetra**

## Saúde:

O conceito de Saúde é um conceito complexo, na perspectiva da Ordem dos Enfermeiros (2002) *“A Saúde é o estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo; ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto, emocional, espiritual e cultural “* (Ordem dos Enfermeiros 2002:6).

A Organização Mundial de Saúde, de acordo com Phipps (1995) define saúde como: *“Estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”*. As mesmas autoras, mencionam também a definição mais dinâmica de Murray e Zentner de saúde como: *“O estado de bem-estar em que a pessoa é capaz de usar reacções e processos adaptativos, intencionais, fisicamente, mentalmente, emocionalmente, espiritualmente e socialmente em resposta a estímulos (agentes de stress) internos e externos, para manter uma estabilidade e um conforto, relativos, e para lutar por objectivos pessoais e metas culturais”*. (Phipps et al 1995:34)

No entanto, parece-nos ser importante introduzir aqui, um conceito de saúde, de acordo com a representação social e a importância que a sociedade lhe atribui. De acordo com Honoré (2002), *“(…) a saúde é entendida como um domínio de investigação e de acção, uma ciência e uma arte(…)”* (Honoré 2002:26). O mesmo autor refere *“(…)que para se falar de saúde é necessário possuir um “saber” e de “métodos”* (Honoré 2002:27). A palavra “saúde”, *“(…) está relacionada com o indivíduo de um modo particular ou de um modo colectivo, situando-se como elemento fundamental da história e do mundo”*. (Honoré 2002: 28), depois de alguns estudos efectuados em grupos profissionais, distinguiu várias compreensões da saúde:

- ausência de doença;
- tonalidade da existência;
- estilo de vida;
- bem que se recebe;
- significação ética
- significação aos olhos do mundo e
- com ressonância económica e política.

Estas abordagens dos diversos registos da significação de “saúde”, são entendidas como uma ideia definida de que não existe um entendimento universal sobre o este conceito, é o que Honoré (2002), define com um termo que é *“polissémico quanto ao conteúdo, ao campo e ao valor que lhe é atribuído”* (Honoré 2002: 39).

### **Pessoa:**

De acordo com Phipps (1995) *“A centralidade da intervenção e acção das práticas de Enfermagem é a indubitavelmente a Pessoa, cuja noção é deveras polissémica”* (Phipps et al 1995:44).

Outra abordagem da definição de Pessoa, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002), *“A Pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e harmonia. Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos seus valores, crenças e desejos da sua natureza individual, permite-nos um entendimento no qual – cada pessoa vivência um projecto de saúde. A Pessoa pode sentir-se saudável quando*

*transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana, no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros. A Pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são factor importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Apesar de tratar-se de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível.” (Ordem dos Enfermeiros 2002:6)*

#### **Ambiente:**

Naturalmente que as práticas de Enfermagem não decorrem num vazio, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002), *“O Ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados os enfermeiros necessitam focalizar a sua intervenção na complexa interdependência Pessoa/Ambiente.”* (Ordem dos Enfermeiros 2002:7)

O ambiente segundo Nightingale referido por Phipps (1995), foi pela primeira vez descrito como os factores externos ao doente que afectam a vida e o desenvolvimento. Rogers nomeada ainda por Phipps (1995) *“entende o ambiente como contíguo e mutuamente influente com o utente”* (Phipps et al 1995:75). Os padrões de trabalho num hospital, os horários das visitas, as refeições, os barulhos ou os equipamentos em funcionamento podem ser nocivos para quem está doente e consequentemente debilitado em termos sensoriais. É importante que os enfermeiros transmitam aos seus utentes o que podem esperar de um ambiente hospitalar, partilhando com eles informações sobre o ambiente de cuidados de modo a evitar situações de stress e momentos de angústia. (Phipps 1995)



## **Enfermagem:**

Segundo o REPE, (Dec. Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, art. 4º) *“A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*.

A definição oficial de Enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros, defende que: *“(…) é uma disciplina prática que possui elementos da ciência e da arte. Ela contém uma base de conhecimentos, fruto do estudo sistemático e da prática”*.

Meleis citado por Phipps (1995) define enfermagem como: *“Uma ciência humana que trata de reacções ou potenciais reacções, humanas e ambientais, a situações de saúde e de doença”* (Phipps et al 1995:61).

## **Os Cuidados de Enfermagem:**

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), a enfermagem viu definido o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos em que assentam os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo e de acordo com o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2002), *“o exercício profissional da enfermagem assenta na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas, como seja a família. No estabelecimento das suas relações terapêuticas, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite respeitar os valores e as crenças individuais dos outros”* (Ordem dos Enfermeiros 2002: 8)

A tomada de decisões por parte do enfermeiro é orientada de acordo com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, segundo o qual os enfermeiros devem adoptar uma conduta responsável e ética, actuando com respeito pelos interesses e direitos dos utentes.

De acordo com a anterior definição de saúde, os enfermeiros devem orientar as suas intervenções de enfermagem para o “bem-estar” característico e único de cada indivíduo,

avaliando as suas concepções pessoais e capacitando-o para a sua autoafirmação para que possa de um modo eficaz atingir o seu próprio equilíbrio.

A pessoa ou o utente é um componente essencial da prática da enfermagem. Para que possa mais facilmente compreender as reacções humanas, o enfermeiro deve reconhecer cada indivíduo como único e irrepetível. Ao encetar com cada utente uma relação de ajuda, o enfermeiro deve encara-lo com base numa perspectiva holística. A aceitação do utente desta forma permite ao profissional desenvolver estratégias de cuidados para além do sistema orgânico afectado pela fisiopatologia.

Nesta investigação será utilizado o termo “utente” como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem e que tem um papel activo na relação de cuidados. De acordo com o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, as competências dos enfermeiros de cuidados gerais incluem três domínios diferentes <sup>1</sup>: a prática profissional, a ética e legal; a prestação e gestão de cuidados e o desenvolvimento profissional.

Em relação ao primeiro domínio, as competências aprovadas incluem: a responsabilidade; a prática segundo a ética; e a prática legal. No que respeita ao segundo domínio, este subdivide-se nas seguintes competências: promoção da saúde; colheita de dados; planeamento; execução; avaliação; comunicação e relações interpessoais; ambiente seguro; cuidados de saúde inter profissionais; a delegação e supervisão.

Por fim, o domínio do desenvolvimento profissional abrange: a valorização profissional; a melhoria da qualidade e a formação contínua. O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa

---

<sup>1</sup> <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de pivô no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Ainda segundo, Ordem dos Enfermeiros (2004) *“as competências do enfermeiro de cuidados gerais inserem o seu exercício profissional num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo,*

*prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas)” (Ordem dos Enfermeiros 2004:7)*

Ainda segundo, Ordem dos Enfermeiros (2004), relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se *“iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção”*. (Ordem dos Enfermeiros 2004:8)

A tomada de decisão do enfermeiro, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004) que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática. *“Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”* (Ordem dos Enfermeiros 2004:6).

Reconhece ainda a Ordem dos Enfermeiros Portugueses<sup>2</sup> que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

---

<sup>2</sup> <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>



### **Enfermeiro:**

O REPE (Dec. Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, art. 4º), define enfermeiro como: “ (...) o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade e, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. “. Considera ainda que os cuidados de enfermagem são: “ (...) as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”.

### **Enfermeiro Obstetra:**

Actualmente, o exercício da actividade profissional do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, em Portugal e restante Comunidade Europeia é regulado pela Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro, descrito no artigo 42º da secção 6 do Jornal Oficial da União Europeia de 30.09.2005:

“ É todo o indivíduo preparado científica e tecnicamente para prestar cuidados de enfermagem específicos à utente (grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido) englobando a família e comunidade no sentido de promover e manter a saúde”.

No que diz respeito às correntes do pensamento abordaremos as diferentes concepções de cuidados de enfermagem e a sua relação com os paradigmas que influenciam as praticas dos enfermeiros, enumerando o que alguns autores nomeadamente Basto e Portilheiro (2003) denominam de “*meta paradigmas*” (Basto e Portilheiro 2003:48):

- **Categorização**
- **Integração**
- **Transformação**

Kérrouac, citado por Basto e Portilheiro (2003) propôs que os paradigmas, acima referidos, (...) *se localizavam cronologicamente, naturalmente influenciados pela cultura dominante na época*”. (Basto e Portilheiro 2003:48)

O paradigma da **Categorização** pode-se localizar nos séculos XVIII e XIX, período em que começou a ser possível relacionar algumas doenças com agentes patogénicos e mais tarde controlar infecções com antibióticos e medidas de assepsia. Neste paradigma incluem-se como orientações para a prática de enfermagem a orientação para a saúde pública e a orientação para a doença, daí resultando o controlo da doença como objectivo dos cuidados de enfermagem e a organização do trabalho à tarefa. (Basto e Portilheiro 2003:48)

Este espaço temporal, ficou marcado pela designação de Período Pré-Profissional, onde se enquadra um modelo conceptual em que a enfermagem, como sustenta Silva (2001) “ (...) *consistia inicialmente numa resposta intuitiva, de forma a proporcionar os cuidados essenciais que assegurassem o conforto e o bem estar espiritual e material aos doentes*” (Silva 2001:112) .

Após o que lhe sucede um segundo período histórico, correspondente ao modelo vocacional, disciplinar e obediência perante as hierarquias, Silva (2001) “*para que um indivíduo se possa integrar neste grupo profissional é preciso, não apenas, uma formação adequada, mas também um perfil moral e uma determinada aptidão vocacional estabelecidos pelo seu quadro ideológico*” (Silva 2001:113)

No contexto actual como refere Silva (2001) “(...) *não se pode delimitar o ingresso na enfermagem pela mera vocação, mas sim relacionando com motivação, ou melhor, a motivação particular de cada indivíduo para escolher determinada profissão*” (Silva 2001:115)

O paradigma da **Integração**, Basto e Portilheiro (2003) citando Kérrouac “*engloba a orientação da enfermagem para a pessoa, inicia-se em meados do séc. XX nos EUA, e é influenciado pelas preocupações sociais e pelo desenvolvimento dos meios de comunicação. O objectivo dos cuidados de enfermagem passa a ser bio-psicosocial-cultural-espiritual.*” (Basto e Portilheiro 2003:48). Esta fase, denominada por Waldow (1995) de 3ª fase, é apelidada de “*enfermagem funcional*” (Waldow 1995:72),

predominando até aos anos 40. Tal como refere Collière (1999) *“As enfermeiras são atraídas pelo saber fazer, confinando-se ao papel de auxiliar do médico em que o médico era a profissão dominante”* (Collière 1989:92)

A mesma tese é defendida por Silva (2001) *“precisamente na crença de que estes (enfermeiros) devem ter poucos conhecimentos técnicos e muita prática”* (Silva 2001:118).

A denominada 4ª fase abrange um período entre os anos 50 e 60 Waldow (1995) *“fase que é impulsionada pela enfermagem científica, em que o poder dos novos conhecimentos tecnológicos se evidencia, no entanto, é a classe médica que domina essa evolução tecnológica”* (Waldow 1995:73). Silva (2001) justifica o anterior facto, *“ (...) pelos contextos históricos de submissão á dominância médica”* (Silva 2001:120)

Após este faseamento evolutivo, como refere Waldow (1995) *“surge a 5ª fase que engloba a década de 60”* (Waldow 1995:75). Ainda que para Basto e Portilheiro (2003), *“esta mudança de paradigma, ou esta nova forma de pensar inicia-se na década de 70”* (Basto e Portilheiro 2003: 48).

O paradigma da **Transformação** para Basto e Portilheiro (2003) *“assume, assim, os fenómenos humanos como complexos e em constante mudança. Considera-se que a saúde se integra na vida da pessoa, família e grupos sociais, estando relacionada com o ambiente. A orientação para os cuidados de enfermagem é a manutenção e aumento do bem-estar da pessoa definido por ela própria. O enfermeiro intervém em parceria com a pessoa, num processo inter relacional”* (Basto e Portilheiro 2003:48). Tal como refere Sardo (2005) *“ (...) proporcionar um cuidar mais humanizado no nascimento (...) numa assistência que respeita a dignidade das mulheres, a sua autonomia e o seu controlo sobre a situação, e em que os direitos à informação e à decisão informada estejam contemplados (...) a assistência seria centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades das instituições e dos profissionais.”* (Sardo 2005:57)

Mas com esta mudança nas nossas práticas surgem outros tipos de problemas e conflitos concordando com Sardo e Sousa (2000) *“O enfermeiro ao exercer a sua prática fá-lo integrado numa equipa de saúde, que nos coloca inúmeras dificuldades para que possamos exercer as nossas funções como membros de pleno direito, talvez pela nossa*

*tradição de subalternidade, pela real sobreposição do nosso papel com outros técnicos de saúde e ainda pelo recente desenvolvimento da enfermagem como ciência.*” (Sardo e Sousa 2000:9)

Ainda como profissão que é, numa perspectiva relacional e inter accionista entre a sociedade e os utentes, como afirma Silva (2001) “*deva ser analisada no quadro das relações de poder que estabelece com outras ocupações, com os consumidores e o empregado*” (Silva 2001:136). Referindo ainda “*qualquer uma destas formas de poder dos profissionais está o saber, o poder do saber*” (Silva 2001:138)” acrescentando o mesmo autor “*que a capacidade do poder e monopólio de serviços encontram-se na produção de saberes de natureza técnico-científica*” (Silva 2001:138).

No entanto no contexto da prática (organização hospitalar), como afirma Silva (2001) a enfermagem não está apenas “*delimitada pelos efeitos de dominância médica, mas também pelas regras e procedimentos burocráticos das administrações hospitalares e das políticas de saúde, controlando assim, os recursos disponíveis para que a enfermagem possa desempenhar em pleno a sua actividade*” (Silva 2001:144). Podemos pensar que a enfermagem “*é prisioneira da própria estrutura política e institucional dos hospitais, constringendo as possibilidades de afirmação do seu profissionalismo, nomeadamente no estabelecimento de uma relação de cuidar mais efectiva e plena com o doente*” (Silva 2001:144). O mesmo autor, que seguimos, refere ainda que “*os conflitos e a competição entre profissionais devem ser vistos como o motor de desenvolvimento profissional, para além de funcionarem como condições que mostram a necessidade de interdependência entre os diversos grupos profissionais*” (Silva 2001:144).

Continuando a descrever e a reflectir nas concepções de cuidados de enfermagem e a sua relação com os paradigmas que influenciam a orientação para a nossa prática junto dos utentes, pensamos ser importante descrever os níveis de cuidar de acordo com Basto e Portilheiro (2003), citando Esther Condon, pois este autor construiu uma derivação teórica a partir da teoria do desenvolvimento sócio-moral de Kolberg, definindo III níveis de tipos de concepções de cuidados de enfermagem. Assim:

- O nível I- “pré-cuidar” (Tipo1) refere-se a uma perspectiva massificada dos utilizadores e dos enfermeiros;
- O nível II- “transcuidar” engloba dois tipos:
  - Tipo 2 corresponde a uma perspectiva estereotipada do utilizador e do enfermeiro
  - Tipo3 corresponde a uma perspectiva normativa (ligado ao papel, às regras);
- O nível III- “cuidar” centrado na pessoa que engloba a perspectiva legalista e da manutenção da ordem estabelecida (Tipo4)
  - perspectiva de responsabilidade e autonomia (Tipo5).

(Basto e Portilheiro 2003:48)

Ainda segundo outro estudo realizado Basto e Portilheiro (2003), as autoras sugerem as seguintes designações para as concepções de cuidados de enfermagem, em substituição das categorizações de Kéroutac e de Condon por parecerem corresponder melhor à realidade e serem mais compreensíveis:

“- cuidados centrados nas tarefas pré-estabelecidas, quando os enfermeiros explicam os cuidados como seguimento a regras estabelecidas por outros

- cuidados centrados nas acções dos enfermeiros, quando os enfermeiros explicam os cuidados através daquilo que fazem

- cuidar centrado na pessoa, com base na relação enfermeiro-utilizador, quando os enfermeiros explicam os cuidados com base em resultados para a pessoa” (Basto e Portilheiro 2003: 50).

Após a descrição de alguns autores de diferentes concepções de cuidados de enfermagem acreditamos que algumas diferenças coexistem ainda hoje, pois constatamos os seus resultados nas diferentes práticas que realizamos no nosso desempenho profissional, e não podemos negar o que afirma Sardo e Sousa (2000) “ (...) precisamos de assumir o nosso agir profissional com competência, implicando-nos cada vez mais na nossa prática,

*de forma a que nesta se reflecta a par e passo a nossa autonomia e o assumir da responsabilidade dos nossos actos. Pois, só assim poderemos afirmar que agimos com saber crítico, com dignidade e profissionalismo, tendo como meta o crescimento e o reconhecimento social do ser Enfermeiro Obstetra.”* (Sardo e Sousa 2000:9).

## 1.2 PROTO-HISTÓRIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

O enraizamento sócio-histórico de uma profissão acoplado a uma determinada trajectória social, constituem o âmago da afirmação e da identidade profissional. A enfermagem em geral e a enfermagem obstétrica em especial, tem sido denominada como uma das artes femininas mais antigas e simultaneamente, uma das mais jovens profissões, encontrando-se ligada a movimentos sociais de acordo com as várias etapas da história.

Como refere Simões e Amâncio (2004), *“para o facto do percurso histórico de Enfermagem se confundir com o feminino, vieram contribuir dois aspectos centrais, a permanência da prática de cuidados como a grande razão de ser da profissão e as actividades tradicionalmente desempenhadas pelas mulheres junto das crianças, dos idosos e dos utentes”* (Simões e Amâncio 2004:1)

O valor que os cuidados vão assumindo, à medida que cresce a consciência social da sua necessidade, podem-se confundir com os traços femininos da dádiva e do sacrifício, quando eles eram prestados por religiosas, ou com a disciplina e a virtuosidade de *Nightingale*, mas também, em todas as épocas, com a subordinação das mulheres e da prestação de cuidados. A predisposição feminina para o cuidar, acarinhar e cuidar de outros, no caso dos filhos, poderá ser um factor que leva a uma maior percentagem do género na profissão de Enfermagem. (Simões e Amâncio 2004:1-5)

Como refere Giddens (2004) *“Todos os aspectos da nossa existência são construídos a partir do género, do tom de voz aos gestos, dos movimentos às normas de comportamento. Reproduzimos socialmente-fazemos e refazemos- o género em milhares de pequenas acções praticadas ao longo do dia.”* (Giddens 2004:108). O mesmo autor distingue sexo e género, referindo que *“(…) Os Sociólogos utilizam o termo sexo para de*

*referirem às diferenças anatómicas e fisiológicas que definem o corpo masculino e o corpo feminino. Em contrapartida, por género entendem-se as diferenças psicológicas, sociais e culturais entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino. O género está associado a noções socialmente construídas de masculinidade e feminilidade (...) estas diferenças, são visíveis em todas as culturas, o que implica que os factores naturais são responsáveis pelas desigualdades entre os géneros que caracterizam a maior parte das sociedades (...) em quase todas as culturas os homens participam na caça e na guerra, e não as mulheres (...) a maioria das mulheres passa uma parte significativa das suas vidas a cuidar dos filhos e não estariam preparadas para participar rapidamente na caça ou na guerra” (Giddens 2004:108).*

Giddens (2004) acrescenta ainda que, “ *A Socialização do género consiste na aprendizagem dos papéis de género com ajuda de agentes como a família e os meios de comunicação. Crê-se que a socialização do género tem início assim que uma criança nasce. As crianças aprendem e interiorizam normas e expectativas que se supõe corresponderem ao seu sexo biológico. Neste sentido, adoptam “papéis sexuais” e as identidades masculinas e femininas (masculinidade e feminilidade) que as acompanham.*” (Giddens 2004:138)

Com o decorrer do tempo verificou-se uma uniformização da profissão em relação ao género, sendo considerada assexuada, não existindo diferença por parte dos utentes referente aos sexos, como refere o estudo Género e Enfermagem realizado por Simões e Amâncio (2004). Os mesmos autores referem ainda que “*existe uma predominância do sexo feminino em relação ao sexo masculino*” (Simões e Amâncio 2004:6). Também podemos comprovar com os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (OE), datadas de Abril de 2007, em que estavam inscritos na Ordem dos Enfermeiros, 1645 enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia e apenas 80 eram enfermeiros.

Ser Enfermeira Obstetra acarreta uma responsabilidade suplementar no que concerne à promoção de níveis de saúde compatíveis com o momento em que vivemos, no que diz respeito à prestação de cuidados, tanto no âmbito individual, no que se refere à mulher e filho, como com o marido ou companheiro para prepara-lo na prestação de cuidados ao recém-nascido e ainda na comunidade na promoção de saúde da mulher e

família. O enfermeiro obstetra relaciona-se com a mulher, família e comunidade para que estes participem activamente a nível do planeamento, execução e avaliação dos cuidados, o que leva a uma maior responsabilização e determinação pela sua saúde.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (Carta de Ottawa 1986).

Tal como foi referido anteriormente, ser enfermeiro obstetra acarreta não só múltiplas responsabilidades no que à saúde diz respeito, como também implica, através do assumir dessa mesma responsabilidade, a necessidade de identificação dos factores inerentes à construção da sua identidade profissional, como sejam a sua capacidade de gestão de conflitos, as dinâmicas aplicadas, bem como as transformações inevitáveis que permitem uma melhor adaptação à realidade.

Devido ao facto da enfermeira obstetra ter contacto directo com a sociedade, levamos a questionar, o que será que a sociedade pensa de nós, enfermeiros obstetras?

Perante estes factores, parece legítimo afirmar que também eles convergem para o surgimento de um conceito: Representação Social.

Uma vez que segundo Segundo Jodelet, citado por Abreu (2001) “ (...) *As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientados para a comunicação, para a compreensão e para o desenvolvimento do contexto social, material e do pensamento...* ” (Abreu 2001:81)

As Representações Sociais são fenómenos complexos que dizem respeito ao processo pelo qual o sentido de um dado objecto é estruturado pelo sujeito no contexto das suas relações, num processo dinâmico de compreensão e transformação da realidade.

As Representações Sociais não são reflexos da realidade, são sim construções mentais dos objectos, inseparáveis das actividades simbólicas dos indivíduos e da sua inserção na «totalidade social», segundo Moscovici (1979).

Acrescentando ainda Arco (2003) ao citar Silva, “*que os estudos organizacionais devem passar pelo estudo das atitudes e exploração das representações dos sujeitos*”( Arco 2003:66). Devido ao facto de concordarmos com este autor, e sabermos que este conceito é complexo, assim pretendemos deixar a perspectiva que adoptamos para este estudo. Pois



como refere Arco (2003) “(...) já Durkheim se preocupou com as formas como os indivíduos pensavam e viam as suas relações com o contexto social. Jodelet citado por Boucher (2003), também debruçando-se sobre o conceito de representação social, aludiu ao sistema de interpretação que modela a relação do sujeito, com o mundo e com os outros, orientando as condutas e a comunicação estabelecida. Para Jardim (1996) as representações sociais são as ideias, imagens, senso comum e visão do mundo que os actores sociais possuem sobre a realidade. Sabendo ainda que segundo Silva (2001), estas representações modelam as atitudes dos actores e que para Petit e Dubois (2000) as mesmas contribuem para a construção da acção, construímos, com base nestas teses, a nossa definição, e que retracta a forma como utilizamos o conceito ao longo do estudo. Assim entendemos representações dos actores como “as concepções que subjazem, e a forma como os actores em estudo percebem e se posicionam face à cooperação estabelecida” (Arco 2003:66)

Para chegarmos a um conceito actual de parteira, legalmente designada, em Portugal, por enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, tal como foi mencionado no capítulo anterior, e a uma definição objectiva das actividades inerentes ao profissional de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, muitas mudanças ocorreram ao longo da história, ao nível dos cuidados de saúde maternos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (<http://www.who.org>) parteira é: “Uma pessoa que tendo sido admitida, nos termos regulamentares, num curso de partos reconhecido no país onde teve lugar, completou esse curso com sucesso e adquiriu as qualificações requeridas para estar inscrita e/ou legalmente autorizada a exercer a profissão de parteira. Deve estar apta para dar a necessária supervisão, cuidado, carinho e conselhos à mulher durante a sua gravidez, trabalho de parto e puerpério. Deve ser responsável, não só em relação ao parto, mas também em relação ao recém-nascido”.

Obstetrícia é tão antiga como a humanidade, podemos considerar que a primeira parteira, foi aquela mulher que aproveitou a sua experiência de parir, para ajudar outra que o estava a fazer, “...o saber da parteira é fundamentalmente um jeito maternal, ela também

*é mãe, por isso pode ajudar a ser mãe (...), Maia, que em grego designa parteira, significa primitivamente a avó*". (Joaquim 2002: 32)

O conceito de parteira remonta à pré-história. Para alguns autores, como Resende (1991), *"o parto, na pré-história era um episódio solitário, tendo surgido a obstetrícia no momento em que o parto deixou de ser solitário e passou a ser presenciado pelo Homem"* (Resende 1991:3). Na perspectiva de Towler e Bramal citados por O'Dowd (1986)) *" (...) é possível que fossem os homens a ajudar as suas mulheres a dar à luz (...) "* (O'Dowd 1986:23). Em épocas tão remotas como 40.000 a.C., datando de então a primeira participação do pai no parto, cortando o cordão umbilical com uma pedra, um pau ou um ferro. Pouco a pouco os homens foram afastados deste processo e só no século XX foi permitido ao pai "voltar" a participar no parto, cortando o cordão e acompanhando a mulher em trabalho de parto hospitalar. Segundo o mesmo autor em 6000 a.C. eram as mulheres quem prestava assistência durante o parto, algumas destas mulheres foram-se especializando na arte de ajudar a parir, consideradas as antepassadas das actuais parteiras. Relatos bíblicos de 1700 a.C. trazem até nós histórias de parteiras suficientemente competentes para prestar assistência no caso de partos difíceis, como em partos gemelares. (Resende 1991). É na cultura Egípcia, nomeadamente no Papiro de Ebers (1500 a.C.) que surge a primeira descrição de parteira, como mulher encarregue de assistir o parto. Estas mulheres faziam uso de infusões ou aplicação de ervas com efeito sobre a evolução do trabalho de parto, assim como de técnicas vantajosas para a mulher tais como a deambulação durante o trabalho de parto e a posição de cócoras ou sentada para parir. (Cf, Resende 1991:1-15).

Actualmente sabe-se que a deambulação durante o trabalho de parto é vantajoso na evolução do mesmo, no entanto houve igualmente um retorno à posição de sentada para parir, na segunda metade do século XX com a criação da roda de parto, existente, no entanto, num número restrito de maternidades em Portugal. (Cf, O'Dowd 1986:23-26)

Para Resende (1991) A valorização dada às mulheres, na cultura Grega, estendeu-se à parteira a quem se denominava de Maiêutica. A Maiêutica era uma figura que gozava de um elevado estatuto social, e até mesmo divino, por relação com a deusa Maia. As

competências das parteiras da época eram legalmente reconhecidas e não se limitavam ao episódio do parto. As Maiêuticas tinham um papel social aos mais variados níveis, nomeadamente na designação de casamentos, assistência na contracepção, gravidez, parto e puerpério e desígnio do recém-nascido. Eram possuidoras de conhecimentos que lhes permitiam transmitir informações sobre higiene na gravidez, alimentação, exercício físico, exercícios respiratórios e utilizavam técnicas como o toque vaginal ou a aplicação de óleos no colo do útero para dilatação do mesmo. Durante o parto, que decorria em casa, suscitavam dores, através do uso de drogas para induzir o parto e suavizavam dores, acompanhando e ajudando a mulher durante o trabalho de parto. A actividade destas parteiras tinha como objectivo a condução do trabalho de parto de forma a promover um parto cefálico, quando tal não sucedia, era chamado o *Físico*, indivíduo com conhecimentos de medicina e que realizava intervenções como desmembramentos, craniotomia ou parto pélvico com instrumentos, a similitude das actividades praticadas por estas “mulheres” e as praticadas pelas enfermeiras especialistas dos nossos dias é extraordinária, tendo em conta os séculos que separam ambas, com o declínio da Grécia declinou também o estatuto das Maiêuticas.

Resende (1991) refere ainda que a civilização Romana, não acrescentou nada de relevante ao praticado pelos gregos, a figura da parteira é descrita por Sorano de Efeso como: Culta, bom senso, boa memória, amar o seu ofício, respeitável, forte de braços, robusta, ter longos e finos dedos para ser capaz de tocar uma inflamação em planos profundos sem causar demasiada dor e livre de superstições.

Durante a Idade Média, o mesmo autor refere que existe uma estagnação na Saúde Sexual e Reprodutiva e as parteiras são acusadas da prática de bruxarias e punidas com tortura ou condenação à fogueira.

Acrescentando Resende (1991) que a partir do Renascimento, as parteiras passam a obter licenças outorgadas por bispos, que tinham o poder de supervisionar o seu trabalho, mas a sua atitude deveria ser, a de oferecer boa comida e palavras doces à parturiente, ter paciência, ensinar a retenção da respiração no período expulsivo, entre outras funções. No final do período Renascentista as parteiras francesas eram altamente consideradas, tendo

mesmo alcançado um estatuto semelhante ao dos médicos. Uma das parteiras mais famosas do século XVII, foi Loyse Bourgeois, parteira da realeza, que escreveu um livro sobre os vários métodos de parto e partos com apresentações ou posições anómalas.

No Século XVIII, refere ainda o mesmo autor que quase todas as parturientes eram somente assistidas por parteiras, o cirurgião era apenas chamado para aplicar instrumentos quando a parteira pedia ajuda. A partir 1720 com a introdução do fórceps, a arte de partejar converteu-se numa área da cirurgia e começa aí a ascensão dos homens na assistência ao parto. As parteiras começaram então a perder terreno, uma vez que não eram consideradas capazes de manipular maquinaria. É uma época que marca a validação da ideia para as parteiras do processo do parto ser um processo natural, enquanto que para os médicos é uma condição que requer atenção médica especial no que se refere ao manuseamento de instrumentos apropriados na referida área, este pressuposto ideológico, ainda hoje tem o seu lugar de destaque nas práticas obstétricas. (Cf, Resende 1991:1-15).

No século XIX, tal como refere Carneiro (2002) e a exemplo de outros países europeus, Portugal adoptou um modelo de preparação de parteiras que passava pela sua formação junto das Escolas Médico-Cirúrgicas (Porto e Lisboa) e Faculdade de Medicina (Coimbra). Eram ministrados cursos com um leque de conhecimentos muito restrito, os requisitos para as candidatas eram os mínimos, bastavam saber ler e escrever, aqui o poder médico era total, situação que marcaria profundamente a evolução profissional da enfermeira obstetra. Este modelo de formação contribui para a debilidade do grupo profissional das parteiras diplomadas porque, o número de parteiras formadas nestas condições era muito reduzido, as condições sócio-culturais não ajudaram a criar mercado de trabalho significativo para o seu tipo de intervenção, pelo que as “curiosas” dominavam a prática quotidiana e os cursos ministrados pelos médicos assentavam num currículo de conteúdo teórico muito reduzido, apostando apenas em longos estágios das candidatas nas enfermarias de partos. (Cf, Carneiro 2002:5)

Ainda para Carneiro (2002) entretanto no século XX apareceram as primeiras Maternidades, com o objectivo de criar o próprio espaço de acção, separando-se da assistência hospitalar tradicional. Estas Maternidades, mais tarde estavam articuladas com

redes assistenciais que incluíam dispensários, creches e lactários. Em Portugal em 1930 surgem as Maternidades estatais, na tentativa de implementação também de cuidados materno-infantis. Posteriormente em 1943 aparece o Instituto Maternal, cujo o objectivo era centralizar tudo a que dizia respeito à assistência de saúde materno-infantil, incluindo o recrutamento e formação do seu próprio pessoal de trabalho, assim se instituíram as novas escolas próprias para parteiras “as Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal”, uma das principais preocupações do Instituto Maternal era de preparar pessoal médico e de enfermagem na área da puericultura, para assegurar o exercício técnico conveniente, pois a mortalidade neonatal na altura era elevadíssima. Temos aqui, o aparecimento dos princípios da puericultura conjugados com as posições ideológicas de política do Estado Novo, que legitimarem o fim da parteira para dar lugar à enfermeira puericultora, para a qual se pretendia uma profissional mais abrangente capacitada para uma área mais alargada de cuidados, que incluía cuidados na gravidez, no parto, no puerpério e a primeira infância. Mas para além dos conhecimentos técnicos, às novas profissionais, impunha-se-lhe outro tipo de exigência, baseados na política e ideologias do Estado Novo, que defendia o aumento da natalidade, rejeitando o direito que as populações tinham ao planeamento familiar, as enfermeiras puericultoras tinham que ter ideias positivas quanto ao aumento da natalidade. Aparecem na altura, duas escolas para as enfermeiras puericultoras, uma em Lisboa e outra no Porto cujo o curso tinha a duração de três anos, e cuja a filosofia do curso era de dedicação plena à profissão com espírito de abnegação e sacrifício em regime de internato. No currículo do curso destacavam-se conteúdos relativos à enfermagem geral, puericultura e partos, noções de higiene social e técnica de serviço social, procurando preparar as enfermeiras para a assistência especializada a mães e à criança, antes, durante e depois do parto, tanto no meio hospitalar como no domicílio. Mas este tipo de formação foi um fracasso nos anos decorrentes, na medida em que não tinham candidatas em número suficiente para a continuação dos cursos. Perante a aplicação da reforma do ensino de enfermagem português, em 1947 a situação ficou facilitada, o curso de as enfermeiras puericultoras passou a ser de apenas um ano, mas exigindo-se para a sua frequência o diploma do Curso Geral de Enfermagem (de 2 anos), emergindo o curso como uma especialização em assistência materno-infantil, verificando-se no total acumulado o mesmo

de três anos de formação. Mas este modelo de formação de saúde materno-infantil institucionalizado, com o decorrer do tempo apresentava muitas lacunas, pois a retórica oficial de Estado Novo valorizava o parto no domicílio e até defendia que a banalização do internamento se poderia considerar como “um abuso” não se adequando à realidade da sociedade da época, pois não havia em número suficiente técnicos para acorrer aos partos no domicílios, assim nunca poderiam assegurar as condições técnicas exigíveis em situações de complicação. (Cf, Carneiro 2002:6)

O momento simbólico para a reorganização destes serviços foi, a criação do Ministério da Saúde e Assistência em 1958, que renovou a assistência materno-infantil, de então. (Cf, Carneiro 2002:6)

Em 1967 as Maternidades foram desintegradas do Instituto Maternal e passaram a depender da Direcção-Geral dos Hospitais. Separando-se, dois tipos de serviços, a assistência médica, virada para os cuidados de saúde e a assistência social, direccionada para os problemas da pobreza, dimensões estas, que durante muito tempo andaram entrelaçadas. Ainda nesse ano, autorizaram-se as escolas de enfermagem oficiais a criar cursos de especialização em obstétrica para enfermeiras (Dec.Lei nº 47884 de 31-08-1967).

Em 1967 criaram-se as condições para a integração dos cursos de parteiras, entretanto enfermeiras puericultoras, nas Escolas de Enfermagem, adoptando a nova designação de Cursos de Especialização em Obstetrícia para Enfermeiras, foi a partir dos anos 60 que se deram alterações radicais nos modelos de formação das enfermeiras parteiras, sendo legislada nova regulamentação do exercício de parteira, na tentativa de profissionalizar a actividade, ocorrendo também a institucionalização do parto.

A partir da década de 70 até aos nossos dias, os avanços tecnológicos e científicos na assistência ao parto foram enormes, tendo a mortalidade e morbilidade materna e fetal diminuído drasticamente. O padrão típico do parto foi alterado, apoiando-se no uso de meios tecnológicos, implicando domínio quase total por parte dos profissionais. (Cf, Carneiro 2002:5)

Actualmente assiste-se a uma convergência de esforços para que a enfermeira obstetra seja, um corpo único de conhecimento, conduzindo a uma melhor definição da sua

prática de cuidados. Nesta nova perspectiva o utente é o centro das atenções, assistindo-se a uma reapropriação do cuidar, da humanização deste e dos valores que lhe são inerentes.

Tal como foi relatado, a história mostra-nos o percurso destes profissionais, desde a antiguidade até aos nossos dias, evoluindo até ao momento em que se exerce a actividade com autonomia e responsabilidade.

Actualmente, o exercício da actividade profissional do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, em Portugal e restante Comunidade Europeia é regulado pela Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro, descrito no artigo 42º da secção 6 do Jornal Oficial da União Europeia de 30.09.2005.

Em jeito de resumo, ao longo do séc. XX, os enfermeiros têm empreendido esforços no sentido de desenvolver conceitos, modelos teóricos e quadros de referência, com o objectivo de desenvolver a enfermagem como ciência, delimitar o seu campo para orientar a prática profissional. A intenção de quem cuida é respeitar a unicidade e a intimidade de quem é cuidado, em suma é o respeito pela dignidade da pessoa humana. Deste modo a profissão de enfermagem saiu da tutela do poder religioso, da subordinação ao poder médico e finalmente a enfermeira obstetra passa a ser reconhecida como um profissional autónomo e responsável pela sua prática.

### 1.3 – DOMÍNIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA: COMPETÊNCIAS E CUIDAR

A prática de enfermagem vai para além do plano da competência técnica, no que se refere ao saber-saber e saber-fazer e enfatiza a capacidade de ver as pessoas como elas são realmente no seu quotidiano, estabelecendo com elas uma relação de ajuda. É esta relação que restitui à enfermagem o seu carácter humano quando o enfermeiro tem presente a necessidades dos utentes a quem presta cuidados.

Uma das dificuldades que encontramos para definição de competências é a multiplicidade de significados, por reunir em si um conjunto de capacidades, conhecimentos, qualidades,

aptidões e experiências, em progressão contínua, que terão de ser utilizadas a par de estruturas económicas e técnicas, no objectivo de uma maior chamada qualidade de vida.

Segundo Boterf (1994), “ *a competência desagua numa problemática de objectivos que se poderá resumir em saber, saber fazer e saber ser* ” (Boterf 1994:41). Para este autor existe uma série de competências profissionais que devem integrar o perfil de competência dos enfermeiros, ao nível dos diversos saberes:

- “ *O saber-saber, ou seja, o conjunto dos conhecimentos gerais e especializados que é necessário argumentação cognitiva de aprendizagem específica*

- *O saber-fazer, que tem a ver com o desenvolvimento de capacidades, no que diz respeito à utilização de instrumentos e de método, em contexto de trabalho;*

- *O saber-ser, isto é, as atitudes e comportamentos dos indivíduos em contexto de trabalho (relacionados, também com a qualificação profissional e intimamente ligados à motivação e empenho no trabalho);*

- *O saber-aprender, isto porque, as situações profissionais e as suas exigências e características evoluem de forma contínua, obrigando a permanentes actualizações”.*

Todos estes saberes são vias condutoras obrigatórias para o saber-transformar, como processo de intervenção activa aos diversos níveis. (Boterf 1994:41-42)

Para Pires (1994), “ *a competência é resultado de um processo dinâmico, é forjado pelo tempo, ao longo de um percurso feito de experiência, de projectos, de prática de estudos e de actividades, por aspectos operacionais, afectivos e intelectuais. Surge como uma potencialidade individual, que se pode traduzir no desempenho* ” (Pires 1994:10).

Assim sendo, a competência constrói-se ao longo do tempo, através da história pessoal e social, que se transforma e evolui, numa trajectória de experiências e práticas, de estudos e de acções.

O indivíduo competente é autónomo no seu trabalho, capaz de ter iniciativa, de fazer afirmações, pois ele não se limita a realizar tarefas ditadas por outro.

A competência é algo que se adquire na prática, que se desenvolve na aplicação diária, na resolução dos problemas surgidos no quotidiano, quando o aparecimento de



situações inesperadas e que exigem a mobilização imediata de todos os recursos para lhe dar resposta rápida. Não se limita a saber quais os recursos que devem ser mobilizados, nem a pô-los imediatamente em marcha, ou seja a competência prova-se agindo, isto é para que haja competência é necessário que a pessoa saiba mobilizar conhecimentos ou capacidades, de forma pertinente e no momento oportuno, numa dada situação de trabalho.

Existem diversas referências às novas categorias de competências profissionais, apesar de se denominarem e de se caracterizarem de forma diferente, consoante a abordagem e o contexto onde se inserem, todas se referem a um conjunto de competências de índole pessoal e relacional do indivíduo.

Após a consulta de vários autores, gostaríamos de salientar as que se referem às competências genéricas.

Este conjunto de competências é definido por Pires (1994), *“como sendo as características do indivíduo, que acentuam o seu funcionamento eficiente e determinam os seus comportamentos. Estes comportamentos não são mais que o indivíduo desenvolveu ao longo da sua vida, pela assimilação e integração das experiências vividas”* (Pires 1994:10).

Assim a referida autora identifica onze competências genéricas principais:

- *“Espírito de iniciativa – que mais não é que a capacidade do indivíduo em propor ou realizar acções, antes de ser solicitado ou sem ser forçado pelos acontecimentos;*
- *Perseverança – tentar realizar acções mais que uma vez de diferentes modos, até ultrapassar os obstáculos que entravam a consecução dos objectivos;*
- *Criatividade – ter ideias originais, imaginativas ou significativas para o desempenho;*
- *Sentido de organização – arte para desenvolver planos de orientação de acções em relação a objectivos;*
- *Espírito critico – habilidade para pensar de forma analítica e sistemática, isto é, saber o que se faz, como se faz e porque se faz; aplicar princípios ou conceitos de análise de problemas para descrever um grupo de conhecimentos;*

- *Auto-controlo – manter a calma e o controlo da situação, em circunstâncias altamente emotivas ou potencialmente stressantes;*
- *Atitude de liderança – aptidão para se responsabilizar por um grupo ou por uma actividade, e habilidade para organizar os esforços colectivos de um modo eficiente;*
- *Persuasão – arte de persuadir os outros de forma a obter o seu apoio, com fim de reabilitar a sua vontade;*
- *Auto-confiança – sentimento de segurança ou de certeza nas suas próprias capacidades e habilidades; vontade manifesta em defender o seu próprio julgamento, mesmo face a oposições;*
- *Percepção e inter percepção nas relações pessoais – capacidade intuitiva para “ver” as preocupações, os interesses e os estados emotivos dos outros;*
- *Preocupação e solicitude em relação aos outros – uma preocupação verdadeira pelos outros, pelas suas necessidades e bem-estar; vontade afirmada para escutar os seus problemas, dar-lhe coragem e segurança”. (Pires 1994:11-12)*

Sendo o “*Cuidar o cerne da enfermagem*” como afirma (Collière 1989:234), seria imperioso justificar, que na prática, o papel profissional do enfermeiro se centrasse nas necessidades da utente com ênfase nas competências relacionais, mas tal não se verifica de forma linear, dado que conforme “*o contexto de trabalho determina em grande parte o desempenho das enfermeiras através de normas e valores*” (Bastos 1998:3). Este desempenho está relacionado com a natureza dos cuidados e com as condições em que são executadas.

Em cuidados de saúde, o auto-cuidado implica incutir iniciativa e responsabilidade às pessoas e famílias, para que estas desenvolvam o seu próprio potencial de serem saudáveis. Neste modelo, “*o indivíduo que dá resposta às carências de auto cuidado é o agente do auto cuidado; no adulto maturo, saudável, normal, essa competência é melhor delegada no próprio indivíduo. Porém, o pai/mãe é o melhor agente de auto cuidado do filho recém-nascido*” (Pearson 1992:73). No recém-nascido, são os pais que actuam como agentes de auto-cuidado, o enfermeiro tem o papel de educador dos pais.

Um enfermeiro com largos conhecimentos teóricos pode compreender melhor a situação do utente, mas tal facto não implica que entenda a circunstância da utente.

É fundamental oferecer cuidados de enfermagem personalizados e individualizados, com conhecimento dos valores, crenças e hábitos de vida de cada utente, de modo a ir de encontro às necessidades e expectativas de cada indivíduo, visto ser a sociedade de hoje multicultural englobando várias etnias. Deste ponto de vista, sabemos que os aspectos culturais, tais como crenças, rituais e suas práticas interferem com a maternidade.

Assim parece-nos claro que a competência é cimentada ao longo de um percurso profissional que será, naturalmente, feito de experiências e de projectos, de estudos e de actividades.

Pelo exposto podemos dizer que ser competente, afinal, é a maior soma das partes, porque não basta adicionar meramente o saber fazer. Há que envolvê-los com uma forma pessoal de estar na vida e na enfermagem, interligando todos os saberes e dando-lhe uma configuração particular. Por isso, nenhum enfermeiro desempenha as suas funções de modo igual a outro enfermeiro, por semelhante que seja a sua formação científica. A diferença entre eles advém de um conjunto de competências não especificamente técnicas, mas do foro pessoal e relacional.

Nóvoa et al (1992), referem que *“o perfil profissional é constituído por um conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes que um profissional deve possuir em relação à sua situação de trabalho”*. (Nóvoa et al 1992:52)

A imagem de um profissional é aquilo que as pessoas percebem que ele é. A imagem de um enfermeiro é aquilo que notamos primeiro, ou seja, o seu corpo e a sua postura falam antes de ser pronunciada uma única palavra.

O perfil profissional do enfermeiro não se resume unicamente a um simples executor de tarefas ou técnicas mas sim a alguém que pensa, reflecte e é capaz de resolver problemas, tentando paralelamente a ser competente, estabelecer o campo das competências da própria enfermagem, delimitando-o dos outros campos profissionais.

Face às exigências do desempenho, cada vez maiores e mais diversificadas, os enfermeiros, bem como os outros profissionais, vêem-se obrigados a aprender e a

desenvolver capacidades ao longo da vida. Assim devem adquirir todo um conjunto de competências, privilegiando para tal a situação de trabalho de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração dos diversos saberes.

Os enfermeiros necessitam de ter algumas características para comunicarem o seu profissionalismo. Segundo Sampson, citado por Pereira (2003), *“o impacto profissional tem essencialmente cinco componentes: competência, confiança, credibilidade, consciência e controlo”* (Pereira 2003:46)

Na perspectiva deste autor, *“a competência é o conjunto das capacidades que definem o que somos capazes de fazer: aptidão, talento, qualificações, experiência e as coisas que se sabe fazer, mas ainda não se teve oportunidade de mostrar”* (Pereira 2003:46)

No que se refere à credibilidade, o mesmo autor refere que, esta reside em ter uma aparência de acordo com aquilo que as pessoas pensam que a profissão dever ter.

O controlo refere-se ao auto controlo e é uma marca de maturidade. Maus modos mostram falta de respeito pelos outros. A confiança vem do interior da pessoa e mostra-se no exterior. (Pereira 2003:46)

Quanto à confiança, esta é projectada através de um vocabulário que se usa termos positivos. Em relação à consciência, ela está relacionada com a afectividade dos procedimentos. (Pereira 2003:46)

A Ordem dos Enfermeiros, definiu as Competências do enfermeiro de cuidados gerais, (Ordem dos Enfermeiros 2004:3-13) mas ainda não produziu qualquer documento definindo as Competências do enfermeiro especialista, no entanto, achamos importante, remeter essas mesmas Competências do Enfermeiro Obstetra, para a já abordada Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro, porque nos parece ser um documento válido e o único que pode sustentar as nossas práticas.

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e todo o indivíduo preparado científica e tecnicamente para prestar cuidados de enfermagem específicos ao utente (grávida, parturiente, puerpera e recém-nascido) englobando a família e comunidade no sentido de promover e manter a saúde.

A sua acção deve envolver: educação para a saúde não apenas à grávida mas também à família e comunidade e abranger as áreas de planeamento familiar e ginecologia

A sua preparação técnico/científica confere-lhe a capacidade de: analisar, planear, programar, executar e avaliar cuidados de enfermagem, tendo em conta além das necessidades físicas, espirituais e sociais, os factores emocionais e culturais da utente. Esta preparação passa também pela investigação científica na área de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

O enquadramento legal da carreira do EESMO (enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica), segundo as normativas legais da CEE para o exercício das actividades das parteiras reporta-se ao Artigo 4º da Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro <sup>3</sup>determina que *“os estados-membros assegurarão que as parteiras se encontram habilitadas, no mínimo, para acederem às actividades a seguir enunciadas e ao seu exercício:*

- 1. informar correctamente e aconselhar em matéria de planeamento familiar;*
- 2. verificar a gravidez, vigiar a gravidez normal, efectuar os exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal;*
- 3. prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico o mais precoce possível da gravidez que implique risco;*
- 4. estabelecer um programa de preparação dos futuros pais tendo em vista a sua nova função, assegurar a preparação completa para o parto e aconselhá-los em matéria de higiene e de alimentação;*
- 5. assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in-útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados;*
- 6. fazer o parto normal quando se trata de apresentação de cabeça incluindo, se for necessário, a episiotomia, e, em caso de urgência, fazer o parto tratando-se de apresentação pélvica;*

---

<sup>3</sup> in Revista Ordem dos Enfermeiros nº17

7. *detectar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção de um médico e auxiliar este último em caso de intervenção, tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extracção manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual;*
8. *examinar o recém-nascido e cuidar dele, tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata;*
9. *cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos úteis para tratar do recém-nascido nas melhores condições;*
10. *praticar os cuidados prescritos pelo médico;*
11. *fazer os relatórios escritos necessários”.*

Ao olharmos para a história da Enfermagem é possível pensar que o papel da mulher na sociedade tem caminhado paralelamente com o da enfermeira. Pois desde sempre que ser enfermeira esteve intimamente ligada à mulher, por serem estas que se ocupavam do cuidar (tomar conta) ou seja, garantir ou compensar as funções vitais, ligadas ao desenvolvimento da vida, tanto no aspecto alimentar, como de natureza afectiva ou psicossocial, no papel de mãe/esposas. Estes cuidados fundamentavam-se em hábitos de vida inseridos num contexto cultural, também designados de cuidados quotidianos. Por outro lado enfermagem e cuidar estão historicamente interrelacionadas, o cuidar aparece como âmago central, ou como a segurança fundamental por tudo o que é enfermagem. Pensamos importante fazer uma pequena reflexão histórica do cuidar.

A Enfermagem até à Idade Média segundo Collière (1989) era “*impregnada de um instinto artístico, como se fosse uma arte (ter habilidade, meios através dos quais realiza algo)*” (Collière 1989:35). Assim a Enfermagem era “*uma arte de Cuidar*”, com uma identidade própria e uma afirmação autónoma. As mulheres eram enfermeiras, parteiras sem diploma, com um saber empírico o qual era transmitido de mulher para mulher, a sua experiência de vida era desta forma passada de geração em geração. Segundo Collière (1989), estas mulheres eram chamadas de “*Mulheres de Virtude*”, às quais era atribuído um grande poder social. (Collière 1989:39-50). Esta concepção do Cuidar, foi alterada sob

influências do Cristianismo até ao séc. XIX. Acrescentando Collière (1989), as mulheres de virtude foram substituídas pelas “*Mulheres Consagradas*”, as quais eram viúvas ou virgens que dedicavam o seu tempo aos pobres que sofriam, agrupadas em redor dos doutores da igreja, fazendo voto de castidade, vivendo para Deus, tratavam dos que necessitavam por caridade e como meio de salvar a sua alma. (Collière 1989:52-65)

Assiste-se assim a uma nova concepção de Cuidar, como afirma Collière (1989) em que o Homem era dividido em duas partes - o corpo e a alma. Aqui a alma/espírito era a parte nobre do corpo, sendo o corpo considerado como fonte de pecado, como algo desprezível, e portanto este só era fonte de cuidados porque era o suporte do espírito. Desta forma assistisse a uma desvalorização do corpo, da mulher e da fecundidade. Nesta época as mulheres de virtude foram perseguidas pelos senhores da igreja, os quais queriam ser os únicos detentores do Saber, passando a serem consideradas de feiticeiras. A ideologia defendida pela Igreja destruiu uma cultura popular baseada nos cuidados quotidianos, este movimento teve uma contribuição nefasta sobre a natureza dos cuidados, que se mantém até hoje. (Collière 1989:52-65)

“*No fim do séc. XIX com Florence Nightingale e com a separação da Igreja do Estado, surgiu uma nova prática dos cuidados de enfermagem*” (Collière 1989:125). Começou-se a introduzir alguns conhecimentos do foro médico, sendo a formação das enfermeiras feita sob a responsabilidade dos mesmos. Inicia-se a submissão ao modelo médico, cuja orientação era para o Tratar, preocupada com procedimentos técnicos e terapêuticos com o objectivo da cura, centrado na doença. Emergia assim uma visão reducionista do Homem, que era visto como um conjunto de órgãos que podiam adoecer, e que quando tal acontece a intervenção era isolada com vista à cura, desvalorizando a globalidade da pessoa, em que esta era formada pela soma das partes, perdendo assim o sentido de humanização. Pois era apenas valorizada a parte física do homem, sendo esquecida a parte emocional e psíquica. Aqui os bons enfermeiros eram considerados aqueles que executavam técnicas perfeitas, sendo por isso valorizados em termos profissionais, ocupando altos cargos na instituição onde trabalhavam. Esta concepção de prestação de cuidados foi de tal forma marcante na Enfermagem que ainda se faz sentir nos nossos dias. As consequências tiveram efeitos nos utentes e na sociedade, pois os utentes

foram colocados numa situação de passividade, de submissão ao médico e em que eles não tinham direito de decidir sobre a sua saúde, o mesmo se passando com os enfermeiros submetidos à prescrição médica. (Cf, Collière 1989)

Se por um lado a evolução tecnológica e científica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro com o aumento da esperança de vida e o prolongamento de situações crónicas e incuráveis assim como o desenvolvimento das Ciências Humanas, tem-se evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva, aparecendo cada vez mais a noção de cuidados humanizados, onde o objecto dos cuidados não é a doença mas sim o homem integrado num meio social e cultural.

Na procura de explicar a Enfermagem como disciplina autónoma com a orientação de cuidar, têm surgido vários modelos conceptuais alternativos ao modelo bio-médico.

Actualmente assiste-se a uma mudança significativa para uma nova vertente que consideramos ser os cuidados humanizados. Como refere Abreu (2004) *“esta humanização pressupõe uma alteração de valores que passa essencialmente por uma valorização da relação de ajuda com intervenção junto da utente, implicando uma comunicação eficaz e respeito pela dignidade humana”* (Abreu 2004:29).

Segundo alguns autores, o conceito de cuidar é multidimensional e complexo. Segundo Munhall citado por Ribeiro (1995), *“é defendido que o desenvolvimento moral deverá ser um pré-requisito ao desempenho dos diferentes papéis dos enfermeiros e para uma prática humanista, centrada no utente, aponta para uma intervenção típica do cuidar.”* (Ribeiro 1982:59). Tal leva-nos a pensar que, o Cuidar está associado ao desenvolvimento moral do profissional de enfermagem, surgindo o conceito de advogado do doente, e assim assumindo um novo papel.

Desde os anos setenta que a atribuição do papel de advogado do utente aos enfermeiros tem merecido destaque no âmbito da ética em Enfermagem, traduzindo-se no apoio à informação para melhor tomarem as suas decisões, tendo em conta os aspectos socio-culturais do utente. Pressupõe intervir no sentido de que o utente seja considerado pela equipa de saúde, um fim e não um meio. Levando-nos a reflectir no Cuidar como uma posição ética que segundo Benner citado por Marçal (1998) *“a enfermeira responde ao*



*cliente como uma pessoa e estabelece uma relação de cuidar baseada na realização mútua e na qual há um empenhamento dos dois*” (Marçal 1998: 5). O mesmo autor afirma ainda que é exigido aos enfermeiros na sua prestação de cuidados um envolvimento e uma preocupação, exigindo ainda uma atitude de solicitude no sentido que “*dá ao outro o poder de ser aquilo que ele quer ser, isto é o objectivo último das relações de cuidar em enfermagem.*” (Marçal 1994: 5)

Defendemos que se quisermos ter um futuro reconhecido é necessário acreditar que a essência da nossa profissão é o acto de Cuidar, pois aqui não importa apenas os conhecimentos científicos, mas sim a forma como são desempenhados pois todos nós “cuidamos”, a maneira como o fazemos é que nos distingue e nos leva a ser reconhecidos e insubstituíveis na sociedade como profissionais diferentes. Implicando uma relação interpessoal entre enfermeiro e utente, onde coabita um empenhamento e co-responsabilidade, levando à prática de cuidados personalizados e individualizados, onde os Enfermeiros trabalhem com o utente e não para o utente.

Relembrando o termo **Humanização** é comumente utilizado para designar o acto ou actos de humanizar, entendendo-se humanizar por “tornar humano”. A expressão parece, deixar de fazer sentido quando se pensa como uma característica inerente à própria espécie. Como tornar humano, o humano? A abordagem da humanização nos cuidados de saúde implica falar de seres humanos que cuidam de seres humanos, ou como tantas vezes gostamos de dizer “gente que cuida de gente”. Como é possível então que actos praticados por gente não sejam humanos? “*Talvez porque não exista um só conceito de pessoa humana e porque a forma como esta é conceptualizada determine uma prática mais próxima ou não do conceito universalmente aceite de homem*” (Lopes 1997:34).

Assim, para pensar a questão da “humanização do parto”, pensamos ser importante uma pequena reflexão: o que é a pessoa humana? Ao longo da história da humanidade, um grande número de pessoas procurou a compreensão e explicação do seu semelhante na tentativa de compreender como o homem é, o que sente e como sente, como vive.

Surgiram, e ainda surgem nos nossos dias, inúmeras teorias que tentam explicar o humano. Algumas delas conservam a dualidade questionada no século XVII, outras tentam ser mais “actuais”.

Como refere Veladas (1997) citando Frei Bernardo, *“Humanizar-se significa que a pessoa, deve tomar clara consciência de que é animal racional, social, estético e ético em desenvolvimento. Cada pessoa deverá tentar conhecer-se para fazer desabrochar as suas próprias capacidades integrando-as numa personalidade sadia, livre, solidária e responsável”* (Veladas 1997:23).

Reflectir sobre a pessoa humana e perspectivar o homem em relação com a sua existência, é procurar saber quem nós somos. Sócrates disse: “Conhece-te a ti mesmo”. Os enfermeiros apenas poderão compreender os problemas e as emoções da pessoa e família alvo dos seus cuidados na medida em que se compreenderem a si mesmos. Deverão os enfermeiros, e todos aqueles que cuidam, desenvolver a habilidade do auto-conhecimento.

Tal como afirma Pinto (2005) *“Humanizar os cuidados de saúde será, aplicar na prática, o que possa contribuir para o respeito e dignidade de cada pessoa, anulando a discriminação, humilhação (...); humanizar será ter em atenção permanente as condições do exercício da liberdade da utente, que na prática desagua na sua autonomia; humanizar será ainda confrontar a utente com a sua responsabilidade pessoal e incentivá-la nas decisões, sem lhe negar a possibilidade de abdicar desse direito, para confiadamente se entregar ao cuidado dos profissionais de saúde”* (Pinto 2005:3). Assim, a primeira regra e o que deve estar na base da humanização é o respeito pelo ser humano que cada um de nós representa. São os utentes e famílias, os sujeitos da prática dos cuidados de enfermagem que dão sentido à profissão de enfermagem e devido às suas exigências, que impulsionam os enfermeiros à procura da melhoria dos cuidados que prestam. Contudo para os utentes destes cuidados não importa apenas a competência técnica, cada vez mais se impõe e sobressai a competência relacional. Assim e confirmando o que se tem vindo a descrever, emerge o foco mais importante e unificante da prática de enfermagem, o cuidar com o outro, tal como é afirmado por Leininger (1985) em que cuidar surge *“(...) como a essência da enfermagem”* (Leininger 1985:44). Implicando um grande respeito pela vida humana,

pela sua autonomia e liberdade de escolha. É através desses requisitos e atributos que a enfermagem se distingue e se caracteriza como sendo uma profissão na qual o conceito de cuidar é genuíno abrangendo todos os atributos que a tornam uma disciplina humana e de ajuda. Para Bevis (1988) “ *cuidar implica que sentimentos sejam transformados em pensamentos e comportamentos acompanhados de reflexão; o sentimento de cuidar é deliberado*” (Bevis 1988:57). Segundo Collière (1989), cuidar é definido como sendo “(...) *um acto de reciprocidade(...)*” (Collière 1989:235). Que implica envolvimento e participação activa dos intervenientes do acto de cuidar e partilha, o que cuida e o que é cuidado. Deste modo posso fazer uma reflexão, que cuidar em enfermagem é ter relação entre o profissional de enfermagem com o utente e não somente tratar a doença da pessoa. É actuar de uma forma holística, tendo em conta todas as dimensões do Ser Humano.

Concomitante a esta filosofia, Sobreiro (1995) refere que “ *o modelo de enfermagem tem, da Pessoa, uma visão holística e humanística (...) o ênfase é colocado na dignidade, dando relevo à Pessoa (...)*” (Sobreiro 1995:45).

Desde os anos 70 do século XX, que os enfermeiros portugueses assumiram a humanização dos cuidados de enfermagem como uma responsabilidade primária, a que ninguém pode ficar alheio. São disto exemplo inúmeras iniciativas e debates que visam clarificar conceitos e promover atitudes promotoras de humanização na saúde em geral e nos cuidados de enfermagem em particular. Na tentativa de definir um quadro de valores que tivesse como referência para o exercício da profissão, o respeito pela vida e pela dignidade humana surgiu em 1990 o Código Deontológico do Enfermeiro, anexo ao Decreto – Lei 104/98 de 21 de Abril. O Código Deontológico é composto por quinze artigos, tendo como princípios orientadores para a actividade dos enfermeiros, o respeito pelos direitos humanos e a qualidade do exercício profissional. Parece-nos pertinente não omitir, nesta reflexão, o artigo relativo à humanização dos cuidados, do referido documento:

- “*O enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:*

- *Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;*
- *Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”* (Pinto 2005:4)

Ao vivenciarmos o cuidar na área da saúde materna e obstetrícia, tornamo-nos profissionais com um espaço único no âmbito da saúde ao serviço da mulher e da maternidade. A humanização da assistência ao parto em meio hospitalar, tem vindo, a ganhar terreno ao regime e atitude autoritária dos anos 70. Ao longo da história o homem sempre soube contrariar determinadas tendências, quando estas tendiam a ultrapassar certos limites. Assim se verificou também no caso da importância excessiva às tecnologias, desvalorizando a componente humana. A tendência para a humanização das salas de parto, da hospitalização das grávidas e puérperas reflecte a mudança de atitude entre os profissionais de saúde que foram compreendendo, a necessidade de melhorar a sua intervenção na relação humana nos cuidados de saúde maternos.

Na actualidade, o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia insere-se numa profissão socialmente reconhecida, carregada de simbolismo e de história. Apesar de séculos de mudanças históricas, este profissional mantém-se fiel ao princípio de “ficar ao lado ou em face de”, significado de *Obstetrix* do verbo *Obstare* derivado do Latim, como de alguém que presta auxílio, que ajuda. Apesar de avanços notórios na área da humanização, como a possibilidade de que os pais e outras pessoas pudessem estar presentes nas salas de parto, o modelo biomédico ainda hoje se faz sentir nos serviços de saúde, influenciando em muito os seus profissionais, como afirma Kitzinger (2001) “*Os procedimentos de um internamento numa maternidade acontecem como um verdadeiro cerimonial, um rito de passagem, repleto de rotinas e normas de comportamento que são ditadas pela instituição*” (Kitzinger 2001:50).

Phaneuf (2005) afirma também “*a necessidade, dos cuidados de enfermagem, deixarem-se penetrar por princípios de abertura ao outro e de compaixão*”, a mesma autora refere as “*dificuldades relacionais que existem, devido a atitude mecanicista ou mesmo utilitarista das enfermeiras no exercício das suas funções*”. (Phaneuf 2005:328)

Concordando com Watson (2002), o grande desafio que se coloca hoje à enfermagem é “ *quebrar as velhas ligações com a preocupação com os procedimentos técnicos, factos isolados, definições rígidas, como puro racionalismo, e desenvolver o estudo do saber-ser numa relação profissional marcada pelo cuidar como contributo próprio da enfermagem para a sociedade*” (Watson 2002:115). Vários poderão ser os factores que parecem condicionar o trabalho relacional das enfermeiras, como afirma Luís (2000), “ *(...) as competências relacionais são habitualmente desvalorizadas em prol das competências técnicas pelo facto de serem invisíveis e de carecerem de status, são estabelecidas quando há tempo, para além de correrem o risco de serem alvo de ridicularização por parte de outros elementos da equipa*” (Luís 2000:229).

A organização actual dos cuidados, atribui mais importância aos tratamentos e ao trabalho organizacional do que às pessoas, limitando o tempo junto às pessoas cuidadas, as múltiplas tarefas e as pesadas responsabilidades, pesa igualmente na disponibilidade física, intelectual e afectiva das enfermeiras. Acrescenta ainda Phaneuf (2005) “*O fascínio e a utilização de potentes meios de tratamento, fruto da mais alta tecnologia, pelas enfermeiras, relega muitas vezes para segundo plano o trabalho emocional*” (Phaneuf 2005:326).

Para Mussi (1999) “*a fragmentação do relacionamento enfermeiro-utente e a despersonalização, a categorização e negação da importância do indivíduo e a racionalização de sentimentos são mecanismos de defesa. Como o fulcro da situação de ansiedade para o enfermeiro reside na sua relação com o utente, para evitá-la fragmenta-se o relacionamento enfermeiro-utente restringindo o seu contacto com ele e converte-se os utentes que necessitam de cuidados de enfermagem em tarefas que devem ser executadas*”. (Mussi 1999:113). Uma enfermeira torna-se um aglomerado de técnicas de enfermagem, sem individualidade, isso previne-a de entrar efectivamente em contacto com a totalidade de cada utente, e oferece alguma protecção contra a ansiedade que esse contacto mobiliza, projectando no utente a importância da adesão às normas e rotinas como sendo indispensável para o seu bem-estar, mas no entanto são indispensáveis para a sua defesa, e o utente concentra as projecções sob risco de ser penalizado (Mussi 1999).

Acrescentando Phaneuf (2005) que “ (...) *é preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico*” (Phaneuf 2005:328).

Hoje e cada vez mais as populações conscientes dos seus direitos, reivindicam a efectivação de uma assistência de enfermagem de qualidade. Neste sentido torna-se necessário uma dinâmica profissional acompanhando a evolução sócio cultural, com vista à satisfação das necessidades humanas básicas da utente, as quais não podem ser satisfeitas apenas com recurso a cuidados técnicos e à alta tecnicidade, mas também com recurso a cuidados relacionais. Como refere Cruz e Vieira (1999), “*Os Enfermeiros do presente e do futuro devem ser deste modo profissionais de alta competência técnica, com elevados conhecimentos científicos e que saibam estabelecer a ponte com a humanização dos seus cuidados, através da potencialização da relação de ajuda em enfermagem*” (Cruz e Vieira 1999:25).

As parturientes que recorrem aos Hospitais ou Maternidades são, muitas vezes confrontadas com uma realidade estranha à sua vivência diária, a situação e trabalho de parto é de grande dificuldade para elas, pelas incertezas que lhe estão associadas. Igualmente Cruz e Vieira (1999) reforçam que “ (...) *em frente de olhos que não vêem, apenas observam, de mãos que não tocam, apenas palpam, de ouvidos que não escutam, apenas ouvem, a parturiente não consegue fazer chegar as mais profundas expressões do seu ser*” (Cruz e Vieira 1999:26).

Por sua vez, num ambiente em que predominam a valorização da doença e a eficácia tecnológica, a superioridade hierárquica pertence àqueles que mais conhecimentos têm nesse sentido. A sensação de perda de poder intensifica-se na utente, submetendo-se a uma relação de comando-obediência, envolta de mecanismos coercivos, que alguns profissionais de forma mais ou menos explícita protagonizam. Reduzida a um ser sem vontade e sem sentimentos, este processo torna-se grande fonte de sofrimento da utente e dificilmente suportável a longo prazo. É caso para dizer, que para poder continuar a viver humanamente,

a progredir no seu processo de formação pessoal, a utente precisa de ter espaço e oportunidade para poder-ser. Um poder ser, que vai além do poder-fazer (podendo este estar mesmo verdadeiramente impedido), mas que é também e sobretudo poder expressar-se como Homem, poder ser ouvido, poder ser pessoa perante os outros. O espaço necessário para que esta possibilidade aconteça, é aquele que o outro (enfermeiro, médico...) lhe dá, com a sua abertura à relação. Como também refere Soares (2003), *“apenas quando a humanidade destes profissionais sobressai além da brancura das suas batas e dos seus gestos técnicos, a utente vê a possibilidade de se afirmar como pessoa e viver de forma humana a doença e a hospitalização”* (Soares 2003:9).

“Ser Mãe” é sem dúvida uma das mais difíceis etapas na vida da mulher, tal situação como refere Afonso (1998), *“implica um certo estado de dependência parcial, facto que associado a cada vivência, constitui um dos principais motivos que transforma a experiência do parto, de algumas mulheres, em experiências negativas e traumatizantes”* Afonso 1998:26).

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, pelo facto de permanecer 24 horas por dia junto das utentes, é um dos pilares principais para as futuras mães ou para as mães recentes, podendo estabelecer uma relação de ajuda em todos os momentos do trabalho de parto, parto e puerpério. Bethea citada por Cruz e Vieira (1999) diz-nos que *“toda a relação de ajuda que a utente recebe ou não, poderá de certa forma influenciar a evolução do trabalho de parto, como as suas atitudes em relação ao marido, seu filho e futuras gestações”* (Cruz e Vieira 1999:25). É na sala de partos que a grávida, quando em trabalho de parto, se torna parturiente e se confronta com a experiência vivencial do trabalho de parto e, certamente, procura nos profissionais de enfermagem a ajuda que pensa necessitar, para que o processo termine da melhor forma possível, quer para a mulher, quer para o feto. A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de carinho. Tal como refere Gandara e Lopes (1997), *“(...) de alguém com quem falar, de alguém que a ouça activamente, ou então simplesmente que lhe segure na mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso, revelando-lhe*

*que não está sozinha*” (Gandara e Lopes 1997:34). Neste contexto a relação de ajuda tem como finalidade, como afirma Cruz e Vieira (1999) *“diminuir a ansiedade e elevar o nível de energia, podendo desta forma contribuir para ajudar a parturiente a satisfazer adequadamente as suas necessidades”* (Cruz e Vieira 1999: 26).

Sendo a enfermagem uma profissão de ajuda, é característica fundamental que entre a grávida, parturiente, puérpera e família o enfermeiro consiga estabelecer uma relação de ajuda, cabe a este último proporcionar condições para que consiga satisfazer necessidades fundamentais das utentes, tal como é preconizado por Lazure. Assim, há inevitavelmente, o estabelecimento de uma relação de ajuda, Lazure (1994), *“(…) na interacção particular entre duas pessoas, o enfermeiro e o utente, cada um contribuindo pessoalmente na procura e satisfação duma necessidade de ajuda.”* Afirmando que relativamente à relação de ajuda, ela implica a existência de *“(…) de elos, de contactos, de uma forma de coexistência (....) engloba não só a presença física do enfermeiro junto do cliente mas também todo o seu ser. Ela não se limita a desempenhar um papel ou a executar uma tarefa”* (Lazure 1994:14).

Na relação de ajuda é importante que se entenda o outro como pessoa com direitos e competências, e que tem necessidades de cuidados que importa desde logo identificar, pois é no momento dessa identificação que a actividade de cuidar se inicia. No entender de Machado (1995) *“ não é possível conhecer as necessidades do utente sem entrar em relação com ele, e é esta a natureza relacional entre quem presta e quem recebe os cuidados que vai contribuir, (...), para uma nova visão da enfermagem”* (Machado 1995:51). Nesta relação de reciprocidade, e para que haja a prestação de cuidados de qualidade, tendo por base a relação de ajuda, *“(…)a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente do seu problema de saúde, é o único detentor de recursos básicos para os resolver”* (Lazure 1994:13).

Ao se considerarmos a relação de ajuda um processo interactivo, de mútua reciprocidade, impõe-se um envolvimento de ambos os intervenientes. Segundo Lazure (1994) *“ o processo de relação de ajuda deve pertencer tanto ao cliente como à enfermeira”* (Lazure 1994:14).



A relação de ajuda em enfermagem, não pretende oferecer soluções prontas, mas como nos diz Brammer citado por Lazure (1994) “ (...) *é uma relação na qual o enfermeiro fornece ao cliente as condições que este último necessita para satisfazer as suas necessidades fundamentais*” (Lazure 1994:15), ou como afirma Phaneuf (2005) “ (...) *significa orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução ou no seu progresso através das diferentes fases do processo de resolução do problema*” (Phaneuf 2005:330).

Numa situação em que a grávida, parturiente, puérpera e família se encontrem em crise, considera-se relevante que a enfermeira obstetra reconheça concretamente quais os objectivos de uma relação de ajuda em que o Outro pede ajuda, como refere Abreu (2004) “*que esteja consciente da finalidade de uma relação terapêutica*” (Abreu 2004:29). Quer seja no momento do parto ou em qualquer outro contexto em que se encontra. Indo também de encontro ao que Lopes (2006) preconiza que “*deverá o enfermeiro munir-se de um instrumento útil e necessário em prol da ajuda ao outro: a intervenção relacional terapêutica*” (Lopes 2006:34)

Abreu (2004) descreve vários objectivos da relação de ajuda, apresentados por autores como Rogers, Auger, Lazure, Phaneuf, e Nunes:

- “*Resolver uma situação actual ou potencialmente problemática;*
- *Desenvolver uma maneira de proceder adequadamente no quadro de uma relação interpessoal;*
- *Fornecer ao utente/família o desenvolvimento mais completo da sua liberdade conduzindo-o à autonomia;*
- *Incentivar o utente à comunicação dos seus sentimentos, opiniões e a satisfazer as suas necessidades de segurança, de pertença e de consideração. A possibilidade de encontrar respostas aos seus verdadeiros problemas evita que a pessoa tenha de recorrer a estratégias inadequadas;*
- *Clarificar o problema de modo a chegar a uma compreensão mais profunda, mas também mais realista da sua dificuldade e a descrevê-la segundo as suas percepções;*

- *Identificar no utente as motivações que o ajudam a viver com coragem e a fazer da situação problemática uma experiência positiva;*
- *Potencializar capacidades no utente de modo a viver mais plenamente e superar a situação de crise;*
- *Proporcionar o crescimento e desenvolvimento das faculdades internas da pessoa;*
- *Enfrentar com o utente os problemas presentes e encará-lo como interveniente activo na resolução da situação;*
- *Apoiar o utente no conjunto do processo escolhido, para passar da situação actual à situação desejada;*
- *Dinamizar contactos sociais e relações significativas, servindo a relação com a enfermeira e terreno de ensaio” (Abreu 2004:29).*

Para que os objectivos da relação de ajuda sejam atingidos torna-se relevante ter em consideração a atitude do enfermeiro obstetra face à grávida, parturiente, puerpera e família, para facilitar o desenvolvimento da autonomia das referidas utentes é importante distinguir algumas atitudes, consideradas Lazure (1994) de *“dimensões que influenciam os comportamentos ao nível das relações humanas”* (Lazure 1994:13). Os objectivos expostos só poderão ser alcançados, como afirmam Nogueira, Carvalho e Mendes (1995) *“a partir do momento em que o enfermeiro aprender a ajudar, para tal torna-se necessário que o enfermeiro, adquira habilidades e atitudes que inspirem confiança e que traduzam as suas qualidades e capacidades específicas”* (Nogueira, Carvalho e Mendes 1995:59).

Para Lazure (1994), *“o acto de ajudar impõe exigências às quais o enfermeiro que escolheu esta profissão não se pode abstrair, como por exemplo: dar o seu tempo, a sua competência, o seu saber, o seu interesse e a sua capacidade de escuta e compreensão.”* (Lazure 1994:14). Em suma, *“dar uma parte de si mesmo”* como afirma (Nogueira, Carvalho e Mendes 1995:59-61). De acordo com os autores anteriormente citados: Lazure (1994), Auger (1992) e Queirós (1999) é indispensável que o profissional adquira ou desenvolva competências designadas por:

- Capacidade de escutar
- Capacidade de clarificar, ser preciso e concreto, estar centrado no presente tanto no que lhe diz respeito como no que se refere aos outros;
- Capacidade de se respeitar e respeitar os outros de forma calorosa;
- Capacidade de ser congruente em relação a si próprio e em relação aos outros;
- Capacidade de ser empático consigo próprio e com outros;
- Capacidade de se confrontar consigo próprio e com os outros.

Seguidamente passaremos ao desenvolvimento de cada uma das dimensões, que consideramos, em concordância com alguns autores, como fundamentais ao estabelecimento de uma relação de ajuda em obstetrícia.

## **Escuta**

Todas as pessoas têm necessidade de serem escutadas, pois somos seres de comunicação negar essa necessidade às utentes é negar a vida que existe nelas.

Lazure (1994) considera a capacidade de escuta como a base fundamental da relação de ajuda ao afirmar que *“escutar é constatar, através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas”* (Lazure 1994:16).

Para a mesma autora escutar *“é um acto voluntário que implica a globalidade da pessoa da enfermeira em relação com a globalidade da pessoa do cliente”* (Lazure 1994:16).

Carkhuff citado por Oliveira, Vinha, Correia e Morato (1995) define escuta como *“uma disponibilidade ou uma atenção dirigida à pessoa que vai ser ajudada. A escuta traduz-se por um comportamento físico (postura), observação (olhar o outro) e escuta propriamente dita (audição)”* (Oliveira, Vinha, Correia e Morato 1995:30).

Para Lazure (1994) *“escutar é constatar, através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções externas e internas (...) é portanto um processo activo e voluntário”* (Lazure 1994:17).

Lazure (1994) definiu ainda esta escuta como “Escuta Integral”, em que consiste em ouvir com todos os nossos sentidos, escutar com todo o nosso ser, escutar com o “ouvido do coração” Assim, o enfermeiro obstetra deve oferecer a sua presença e disponibilidade junto da grávida, parturiente, puerpera e família, pois uma boa presença poderá permitir ao enfermeiro escutar mais eficazmente os apelos e mensagens, verbais e não verbais, das utentes. (Lazure 1994)

Para Phaneuf (2005), a escuta é um processo complexo, que comporta diferentes etapas, todas essenciais à sua realização. A primeira etapa é a apreensão da mensagem, é o momento em que o enfermeiro percebe os estímulos. A segunda etapa consiste em entender a mensagem, pois escutar não significa necessariamente entender, é o momento em que o enfermeiro que escuta a mensagem a descodifica, apercebendo-se de contradições de ambiguidades, e extrai delas um significado, trata-se da interpretação, momento em que o enfermeiro compreende o problema grávida, parturiente, puerpera e família. A terceira etapa é aquela em que o enfermeiro manifesta uma reacção pertinente que mostra à grávida, parturiente, puerpera e família que a compreendeu. Acrescentando ainda, Robert R. Carkhuff citado por Phaneuf (2005), *“a escuta resume-se em escutar, em observar, em questionar e em compreender”* (Phaneuf 2005:340).

Para Chalifour citado por Veladas (1998) *“o enfermeiro através da escuta consegue captar a mensagem e, em seguida compreender o seu conteúdo conceptual e afectivo”* (Veladas 1998:23). Pelo que *“deve evitar ser selectivo na escuta”*, acrescentando (Lazure 1994:16). Pois é através da escuta que o enfermeiro:

- *“Manifesta que o cliente é importante para ele;*
- *Permite ao utente identificar as suas emoções;*
- *Ajuda-o a identificar as suas necessidades;*
- *Ajuda-o a identificar os seus problemas;*
- *Ajuda-o a elaborar um plano de acção que seja realista e eficaz”* (Lazure 1994:16).

Para escutar é necessário mostrar disponibilidade e quando essa atitude é demonstrada pelo enfermeiro e observada pela utente, ela sente que não está sozinha.

Continuando a basearmo-nos em Lazure (1994), e nas sugestões que o mesmo autor refere, para que a escuta seja eficaz no processo de relação de ajuda, podemos aplicá-los na relação enfermeiro obstetra e grávida, parturiente, puérpera e família, tais como:

- *“O enfermeiro deve mostrar serenidade, para ouvir e dialogar, concentrando-se no desejo de estar em estreita relação com a grávida, parturiente, puerpera e família;*

- *Seleccionar o ambiente, na medida do possível um local calmo que facilite a escuta; em momentos de tranquilidade entre a grávida e família e mãe/bebé/família.*

- *Adoptar uma distância confortável para a utente, tendo em consideração a sua origem étnica e cultural;*

- *Deve tomar uma postura corporal adequada para que se possam ver mutuamente, manter-se sentado ou debruçado ligeiramente, permite que a utente sinta o enfermeiro mais interessado por si e pelas suas palavras;*

- *O enfermeiro deve manter-se em silêncio e respeitar o silêncio. Deve evitar qualquer juízo de valor, tendo especial atenção com o tom de voz e o tipo de comentários que faz, tendo em conta que a grávida/parturiente/puérpera/família se encontra num momento crítico e com grande sensibilidade;*

- *Nunca perder de vista a linguagem não verbal é muitas vezes tão ou mais que a linguagem verbal. Através da linguagem não verbal a grávida, parturiente, puerpera e família podem manifestar aquilo que não consegue transmitir por palavras, até pelo modo como estão a vivenciar a sua gravidez ou trabalho de parto ou até como cuida do seu recém-nascido” (Lazure 1994:17).*

A escuta é ao mesmo tempo olhar e observar, a apreensão das palavras e do seu significado, entoações da voz e emoções subjacentes. Mas ela não é apenas espera passiva, torna-se também palavra e questionamento para melhor descobrir o apelo da grávida, parturiente, puérpera e família, existem atitudes que devem ser desenvolvidas pelos enfermeiros obstetras, para que a relação de ajuda seja efectiva e real. Impõe-se uma Escuta efectiva, mas também o Toque, envolvidos por atitudes de empatia, respeito, congruência e

clarificação, que vão permitir ao enfermeiro Saber Estar e Saber Ser, tornando real o Cuidar do enfermeiro obstetra, pois tal como refere Lazure (1994) “ *a relação de ajuda é o eixo na qual gravita o conjunto de cuidados de enfermagem* ” (Lazure 1994:19).

Portanto é fundamental saber-se comunicar, pois só assim se estabelece relação, e o homem é pela sua natureza um ser comunicante, e tal como refere Veladas (1997) ao citar Frei Bernardo “ *Comunicar é relacionar-se* ” (Veladas 1997:23)

## **Linguagem**

A linguagem é uma ferramenta magnífica, pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas. Decartes dizia “penso, logo existo” e poderíamos juntar “o ser humano fala, logo existe”. Podemos ainda afirmar que não existe cuidar sem comunicação. Para Phaneuf (2005), “*a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes*” (Phaneuf, 2005:23).

No Cuidar do enfermeiro obstetra, a comunicação surge como um componente essencial do relacionamento entre esta e a grávida, parturiente, puérpera e família. A comunicação é por sua vez “ (...) *a capacidade do enfermeiro em apreender as mensagens significativas dos utentes, tentando responder às suas necessidades individuais e a capacidade de transmitir atitudes de compreensão, ajuda e apoio* ” (Rosas 1989:29)

Para comunicar é preciso não só perceber, escutar e ouvir o outro, como também compreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que os outros suscitam em nós, pois “*comunicar, é estar em relação com o outro, mantendo-se em relação consigo próprio*” afirmando (Phaneuf 2005:24). O processo de comunicação envolve, quer a emissão, quer a recepção de uma mensagem, nos quais estão envolvidos cinco elementos fundamentais para que este se desenvolva. São eles:

- Emissor – a pessoa que inicia o processo de troca de informação, que deseja enviar uma mensagem;
- Receptor – pessoa a quem a mensagem se dirige;
- Mensagem – conteúdo (pensamento, sentimento, ideia) da informação que o emissor deseja que o receptor receba durante o processo de comunicação;
- Meio de comunicação – modo pelo qual a mensagem é enviada;
- Contexto – situação na qual a informação é inserida e ao qual se refere. (Phaneuf 2005)

Sendo essencial a presença destes elementos na troca de mensagens é sempre importante o enfermeiro verificar a reacção do receptor à mensagem enviada, como afirma Chalifour (1993), podendo ser definido como o “*feedback*” permite orientar as comunicações futuras, não só o que dizemos ou o que queremos exprimir, mas também o modo como o fazemos. No processo de comunicação, o “*feedback*” é, assim, extremamente importante, uma vez que permite ao emissor verificar se a mensagem que transmitiu foi recebida eficazmente e indica como o receptor reage à mesma. No caso de não ter sido recebida da melhor forma “*feedback negativo*”, o processo de comunicação não ocorreu e o transmissor deverá tentar outra vez, até que o “*feedback seja positivo*” (Chalifour 1993:239). O “*feedback*” permite identificar a existência de eventuais obstáculos à comunicação, possibilitando reformular a mensagem, Rosas (1989) afirma que “*a satisfação das necessidades do emissor depende da sua capacidade para comunicar com eficácia e da capacidade do receptor para observar, analisar e responder, correctamente, à mensagem do emissor*” (Rosas 1989:29).

No processo de comunicação como refere Bolander (1998), pode utilizar-se um complexo sistema de sinais para nos relacionarmos uns com os outros, sejam eles escritos ou falados. Por isso, a comunicação não se refere só à utilização de palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente “*não verbal, à linguagem corporal e ao contexto onde ela é produzida*” (Bolander 1998:528).

Em termos gerais, e no âmbito dos cuidados de saúde, a comunicação abrange o estudo do comportamento da utente, incluindo todas as suas atitudes perceptíveis, sejam

elas verbais ou não, uma vez que a linguagem não verbal fornece-nos, tantas, os mais informações, que a linguagem verbal. A comunicação verbal como afirma Bolander (1998) *“caracteriza-se pelo uso de palavras para comunicar mensagens, através da escrita ou da palavra falada, num código mutuamente compreendido entre o emissor e o receptor”* (Bolander 1998:529).

Por sua vez, a comunicação não-verbal como refere receptor Bolander (1998) *“é o conjunto de comportamentos pelos quais se comunicam mensagens sem usar palavras”* (Bolander 1998:531). Este tipo de comunicação pode ser utilizado como suplemento da comunicação verbal. A comunicação não-verbal é um meio igualmente importante para o estabelecimento de uma relação terapêutica, entre enfermeiro obstetra e grávida, parturiente, puérpera e família

Na perspectiva do mesmo autor, *“o instrumento da comunicação verbal é a linguagem. A linguagem é por sua vez, um conjunto de palavras com significados compreensíveis dentro do mesmo grupo de indivíduos”* (Bolander 1998:529)

A comunicação verbal pode desencadear-se através da fala, da comunicação escrita, da linguagem gestual e Braille, havendo ainda outras formas desta mesma comunicação. Falar é o acto de verbalizar símbolos para comunicar pensamentos, sentimentos ou ideias.

Salientando a importância que o enfermeiro obstetra tem em ouvir as mensagens verbais da utente, Phaneuf (2005) diz-nos que *“escutar é descobrir todos os indicadores fornecidos pelo utente, o que requer do enfermeiro uma abertura completa à comunicação, obrigando-o a um empenhamento total para que possa captar todos os indicadores emitidos pelo utente”* (Phaneuf 2005: 26)

A comunicação escrita transfere um pensamento ou um símbolo falado para a forma impressa. Este modo de comunicação poderá ser muito útil na comunicação com as utentes que apresentam alguma dificuldade auditiva ou de fonação, uma vez que permite a diminuição do seu sentimento de incapacidade, ajudando-o a sentir-se mais compreendido.

A linguagem gestual e a linguagem Braille, são muito semelhantes ao discurso escrito, no sentido em que são compostas por um alfabeto com letras que se podem juntar de modo a formar palavras, as quais são usadas para transmitir mensagens.



Braille é uma linguagem usada pelos deficientes visuais, indicando letras e números através de uma série de pontos salientes. Por outro lado, a linguagem gestual é normalmente utilizada por deficientes auditivos, indicando letras e palavras através de diferentes posições e movimentos corporais (principalmente da mão). Pode ainda ser um meio de comunicação bastante eficaz quando a capacidade para emitir sons ou articular as palavras está comprometida, devido a um episódio de doença. A linguagem gestual pode ser então utilizada em qualquer situação em que, por algum motivo, não seja possível utilizar a palavra falada.

Ainda de acordo com Bolander (1998), *“a comunicação não-verbal manifesta-se através da linguagem corporal, da linguagem não-verbal e de qualquer outro meio pelo qual o ser humano comunica sem fazer uso das palavras”* (Bolander 1998:532)

A linguagem corporal é revelada através do modo como o indivíduo move o seu corpo, como se apresenta perante os outros e como faz uso do seu espaço pessoal. Desta forma, a sua aparência pessoal, as expressões faciais que utiliza, a sua postura corporal, os gestos, a distância que mantém dos outros e o modo como utiliza o toque, são exemplos de linguagem corporal.

A linguagem não-verbal refere-se aos componentes não verbais da linguagem falada. São portanto os componentes que dão ao discurso o seu ritmo e individualidade, ênfase, pronúncia, timbre, pausa, entoação, velocidade, tom e qualidade.

Segundo Argyle, citado por Favita (2003) *“a comunicação não verbal é cinco vezes mais eficaz do que as palavras para a compreensão de uma mensagem por parte de uma pessoa”* (Favita 2003:16), pelo que, a compreensão da linguagem não-verbal, ajuda a compreender melhor o conteúdo da mensagem, podendo por vezes ajudar a sintonizar alguns aspectos emocionais da mensagem, como é o caso do humor da utente.

Se consideráramos que o êxito da prestação de cuidados depende da capacidade do enfermeiro obstetra em compreender a utente, ajudá-la na satisfação das suas necessidades, ouvi-la, estar atento e, fundamentalmente, demonstrar disponibilidade, interesse e atenção, será consequentemente importante que desenvolva competências não-verbais, uma vez que estas atitudes são evidenciadas através do comportamento não-verbal, sendo então com

base nas mesmas que a relação poderá ser desenvolvida e assumir um papel preponderante na prestação de cuidados de qualidade.

Os principais modos de comunicação não verbal permitem obter mais informações acerca do receptor e da própria situação em si, bem como gerir o tipo de interação pretendido pelo emissor em relação ao receptor.

Para Phaneuf (2005) os modos de comunicação não verbal mais utilizadas “*são a postura corporal, o contacto visual, a expressão facial, o silêncio, o toque, os gestos e a distância*”. (Phaneuf 2005:32)

No quotidiano existem sempre **posturas corporais** próprias, eminentemente individuais. Ainda assim, no contexto de prestação de cuidados em que se situa, a postura corporal a adoptar pelo enfermeiro obstetra na abordagem à utente é extremamente importante, devendo mostrar bem a disponibilidade, a atenção, o interesse e a importância que ele lhe atribui. Phaneuf (2005), salienta mesmo, “*estando face a face com a utente quando nos dirigimos a ela, comunicamos-lhe a nossa vontade de estar com ela e de a escutar*”. (Phaneuf 2005:33)

O **Contacto visual** é também extremamente importante, pois este transmite informação que muitas vezes as palavras não conseguem descrever, tendo em conta Phaneuf (2005), “*comunicar consiste em primeiro lugar, em partilhar um olhar com a utente com a qual estabelecemos uma relação, em trocar com ela a expressão do sentido profundo da mensagem que pretendemos transmitir*” (Phaneuf 2005:40), demonstramos, assim que é através do contacto visual que, durante uma conversa, detectamos a disponibilidade, o interesse ou a distração da utente.

O olhar sincero e directo do enfermeiro obstetra é o indício de uma comunicação honesta e autêntica, traduzindo a sua consideração pela utente e o seu interesse em estar ali com ela e sua família.

A **expressão facial** transmite essencialmente, como afirma Phaneuf (2005), “*as reacções do indivíduo ao que vê, ouve e percebe interiormente. Durante a comunicação com a utente, todos os gestos e expressões faciais entram em jogo, demonstrando a abertura, a compreensão, o interesse, a indiferença, o aborrecimento, a irritação, a dureza*

*ou a rejeição do interlocutor”* (Phaneuf 2005:41). O controlo da expressão facial impõe-se por vezes perante situações difíceis, como é o caso da parturiente que está em trabalho de parto, com dor, em sofrimento, desesperada ou com a puérpera que pode estar ansiosa e depressiva, no entanto é necessário que o enfermeiro obstetra esteja desperto para estas situações e tenha a capacidade de avaliar correctamente as expressões da utente, uma vez que a camuflagem das emoções prejudica a autenticidade da comunicação.

O **silêncio** é inerente à escuta, como refere o mesmo autor, *“pois uma boa escuta pressupõe que o enfermeiro esteja atento à utente que cuida, detectando os seus sentimentos e emoções e deixando-lhe um período de tempo para responder”* (Phaneuf 2005:42). Neste sentido, o silêncio faz parte integrante das trocas interpessoais, pois transmite significados muito diversos, que podem ir desde a compreensão e da compaixão do enfermeiro, à contrariedade, à cólera, ao desafio ou à recusa do outro. Quando existe recusa de comunicação o silêncio torna-se uma barreira para a comunicação, mas por outro lado pode ser um apelo, uma chamada de atenção, devendo ser entendido e interpretado pelo enfermeiro obstetra, dado que é portador de conhecimento capaz de descodificar esse silêncio

O **toque** é um comportamento não verbal com grande significado, que transmite por vezes, mais o sentido das nossas mensagens do que das nossas palavras. O toque pode auxiliar a utente a desinibir-se e permitir uma maior aproximação por parte do enfermeiro obstetra, facilitando o estabelecimento de uma convivência terapêutica entre eles. Como afirma Phaneuf (2005), *“o tocar afectuoso intencional reforça a qualidade de presença da enfermeira e acompanha frequentemente a escuta atenta da pessoa, onde contribui para lhe devolver a confiança e reforçar a sua auto-imagem”* (Phaneuf 2005:45). O enfermeiro obstetra deve portanto, manter-se atento às reacções da utente e ajustar o seu comportamento em consequência disso.

Por outro lado acrescentando o mesmo autor, **os gestos** e os comportamentos adoptados pelo enfermeiro obstetra, traduzem essencialmente o seu estado interior. *“As torções nervosas dos dedos, os batimentos de pernas, os lábios que se mordem, os cruzamentos de braços e de pernas, podem ser percebidas como uma atitude um pouco*

*relaxada, um comportamento de passividade ou de auto protecção, de fecho, de rigidez, ou de autoritarismo* (Phaneuf 2005:46).

Também a **distância** entre o enfermeiro obstetra e a grávida, parturiente, puérpera e família, representa um elemento importante na eficácia da comunicação. Quando conversamos com alguém, temos a tendência natural em aproximar-nos, fisicamente, para entrar numa zona mais íntima do seu território. A uma curta distância, é possível apertar a mão ou tocar num braço, o tom da voz, as expressões faciais e o ritmo da respiração são perceptíveis, a intensidade do olhar e a manutenção do contacto visual aumentam a força de impacto da presença do outro, pois como afirma Phaneuf (2005) *“a penetração no espaço pessoal da pessoa cuidada torna os interlocutores acessíveis um ao outro, permite e mesmo facilita as trocas afectivamente carregadas necessárias ao suporte emocional ou à relação de ajuda aquando de situações penosas de dor, de perda ou de fim de vida”* (Phaneuf 2005:33)

Quanto mais difícil for a situação da grávida, parturiente, puérpera e família, mais próximo deve estar o enfermeiro obstetra, de maneira a poder acolher a intimidade das suas confidências e assegurar o calor da sua presença. Não se trata somente de uma aproximação no plano da distância física, mas sobretudo de uma proximidade afectiva.

Numa perspectiva ampla, e tendo em conta as relações humanas que se estabelecem constantemente, sabe-se que essas interações não se desenvolvem todas da mesma forma, pela possível presença de interferências na comunicação, que dificultam e/ou impossibilitam essas relações. Esse facto torna, por isso, o acto de comunicar uma arte de bem gerir, enviar e receber mensagens.

Neste contexto, torna-se evidente que a comunicação, instrumento essencial na relação de ajuda em enfermagem, não se limita a um conjunto de atitudes e comportamentos a privilegiar ou a evitar, uma vez que estes devem estar repletos de valores humanísticos manifestados pela qualidade da presença, pelo respeito e pela autenticidade do enfermeiro obstetra.

O tempo, o espaço, as características do meio físico envolvente, o clima relacional, o corpo, os factores pessoais e sociais de cada indivíduo, a cultura, os valores e crenças e a

personalidade que molda a estrutura cognitiva de cada um são alguns dos aspectos que condicionam e determinam o *jogo* relacional dos cuidados de enfermagem.

Nesse sentido, abordaremos de forma sintética alguns desses aspectos que podem constituir, por um lado, **barreiras à comunicação**, ou, por outro, facilitá-la.

Dentro das barreiras internas vários são os aspectos que podem constituir entraves à comunicação humana, como refere Favita (2003) “*Essas barreiras podem ser divididas em barreiras intrínsecas e extrínsecas*” (Favita 2003:17). As últimas referem-se por exemplo a situações que resultam de procedimentos terapêuticos ou cirúrgicos, como é nos casos de cesariana e que, de alguma forma poderão influenciar o modo como o indivíduo comunica. As barreiras intrínsecas podem agrupar vários aspectos a seguir descritos. Nas barreiras pessoais, o bem-estar bio psicossocial e espiritual de um indivíduo é um fulcral para que este se possa relacionar com o mundo que o rodeia, recebendo, assimilando e respondendo às mensagens que lhe são enviadas. Porém, quando a utente apresenta alterações em alguma das suas capacidades vitais pode sentir dificuldades ao tentar comunicar ou pode ser incapaz de pensar de modo coerente para transmitir uma mensagem satisfatória. Por esse motivo, podem existir aspectos pessoais inerentes, que despertam comportamentos e atitudes que influenciam, negativamente, o processo de comunicação enfermeiro obstetra-utente. Estes aspectos compreendem, entre outros, pontos relativos à postura corporal menos adequada, ao contacto visual mais intenso, possível de inibir e intimidar o receptor da mensagem, a expressão facial mais irritada e aborrecida, os gestos intensos, evidenciando um estado de ansiedade, a menor distância física, ou mesmo o elevado tom de voz.

No processo de comunicação fazemos uso dos nossos órgãos dos sentidos, sendo necessário que esses não estejam comprometidos para que a comunicação não seja afectada, temos deste modo as barreiras fisiológicas. Porém, existem mecanismos de compensação, que possibilitam o desenvolvimento da capacidade funcional de um órgão para comunicar, para colmatar o comprometimento de um outro órgão. Ainda assim, nem todos os aspectos da fisiologia humana constituem barreiras à comunicação e nem todos os indivíduos valorizam os mesmos factores como entraves à interacção. Existem indivíduos

que têm dificuldade em relacionar-se e comunicar com os outros, ou são os outros que lhes provocam dificuldades, como seja o caso de serem os enfermeiros a possuírem essas dificuldades ou as utentes ou família que as geram, por qualquer situação específica. Estamos perante situações de dificuldade comunicativa com origem em percepções marcadamente pessoais ou com origem em padrões cognitivos resultantes de determinados meios sociais, culturais ou profissionais, e não em aspectos que comprometem a própria fisiologia humana.

A comunicação é, frequentemente complicada, senão mesmo impossível, quando ocorre entre indivíduos com personalidades diferentes, independentemente do contexto em que estão, estando perante barreiras da personalidade. Alguns traços inerentes à personalidade de cada enfermeiro obstetra podem fazer com que, na prestação de cuidados grávida/parturiente/puérpera/família, e mais propriamente na interpretação de mensagens das utentes, a confusão que constantemente se faz entre aquilo que é do foro objectivo e aquilo que é do subjectivo provoque dificuldades de compreensão e comunicação. Esta confusão entre aquilo que é eminentemente a realidade concreta das situações e as perspectivas que sobre eles se possam ter é razão mais que suficiente para provocar dificuldades em comunicar.

Existe uma variedade de aspectos sociais que, indirectamente, podem influenciar o processo de comunicação em enfermagem, de tal forma que se assumam como uma barreira social que o dificulta ou impede. São exemplo disso a educação, os aspectos culturais, as crenças ou a religião.

A educação de cada indivíduo faz com que existam certos princípios e valores, o que gera uma visão, possivelmente, diferente de uma mesma situação ou desta inserida em vários contextos de prestação de cuidados. O facto de se ter uma opinião/perspectiva sobre determinada situação ou contexto, baseada em determinados valores e princípios, poderá condicionar a forma como se comunica enquanto se prestam cuidados. Os aspectos culturais também estão presentes no processo de comunicação, uma vez que cada indivíduo está inserido em contextos muito próprios, que orientam a sua forma de pensar, de sentir e de agir, determinando certas condutas em certas situações, de carácter profissional e

pessoal. Por isso, os padrões de cultura que embebem o trajecto pessoal e social dos indivíduos geram, frequentemente, aproximação ou afastamento entre si, podendo isso dificultar a comunicação. As crenças e os aspectos religiosos, sobretudo quando rejeitam tudo o que possa ir contra determinadas convicções e ideologias, são um dos factores sociais que podem constituir barreiras à interacção humana, afectando consequentemente a comunicação.

As **barreiras externas** à comunicação como refere Favita (2003), *“referem-se a factores do meio ambiente que poderão interferir no processo de comunicação”*. (Favita 2003:17)

Uma das condições essenciais para que o processo de comunicação se desenvolva é o ambiente no qual se inserem aos indivíduos intervenientes, quando este não é favorável existem as barreiras do meio ambiente.

Em enfermagem, os contextos físicos de prestação de cuidados evidenciam, na maioria das vezes, características que dificultam e impossibilitam uma boa comunicação com as utentes/família. Podemos assinalar como exemplos: o ruído dos aparelhos, a fraca luminosidade, a falta de privacidade das salas de trabalho de parto, a utilização de vários materiais nos procedimentos adequados às utentes ou às situações de emergência. Na nossa realidade hospitalar, verificamos que as enfermarias são mal dimensionadas, apresentam vários tipos de ruído, comprometendo a privacidade das utentes e o processo de comunicação entre enfermeiro obstetra/ utente.

## **Informação**

As grávidas/parturientes/puérperas/família têm o direito à informação e se exercerem esse direito através da formulação de perguntas ou da procura de informação é um dever fornecer essa informação pois esta premissa está contida na maioria dos guiões de acolhimento fornecidos na admissão a todas as utentes dos hospitais em Portugal.

Na nossa prática os enfermeiros obstetras devem fornecer informações relativas as necessidades que as utentes solicitarem, pois é importante que os enfermeiros obstetras se concentrem nos aspectos que elas desejam, particularmente saber. No nosso desempenho

profissional podemos efectuar uma boa questão de partida, e de âmbito geral para as utentes, que é: *“O que deseja saber acerca do seu tratamento, análises, medicação, dieta, e demais cuidados?”* Esta questão está construída de forma convidativa, fará com que as utentes possam indicar as áreas mais importantes para elas, onde realmente sentem dúvidas. Pois pensamos que iniciar uma explicação completa e cronológica é uma perda de tempo, pode ser irrelevante e pode até mesmo focar aspectos demasiado confusos para as utentes.

### **Respeito e Empatia**

Respeito pelo ser humano, é para Lazure (1994) *“respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial”* (Lazure 1994:51)

A enfermeira que respeita, segundo a autora acredita na utente, escuta-a abstendo-se de fazer juízos de valor, quando tal não acontece a enfermeira tem uma atitude de falta de respeito. Ainda nos refere outras atitudes de falta de respeito: negar ou minimizar a importância daquilo que a utente vive, utilizar provérbios ou frases feitas que despersonalizam e servem de barreira entre aquilo que a enfermeira pensa e o que lhe comunica. Pode ser considerado como atitude de falta de respeito quando a escuta não é centrada na utente.

O respeito deve estar presente na relação de ajuda quando o enfermeiro presta cuidados e dá apoio à grávida/parturiente/puérpera/família, é uma qualidade fundamental, um valor, uma atitude que encontramos na expressão dos comportamentos: assegurar presença efectiva, demonstrar-se caloroso e compreensivo, interessar-se e mostrar-se autêntico.

A enfermeira manifesta activamente o seu respeito avaliando minuciosamente, aspectos que Lazure (1994), descreve como fulcrais:

- *“O que o utente vive no momento presente;*
- *O estado de conhecimentos ou de crenças que podem estar na origem do seu comportamento;*



- *A pertinência da natureza e globalidade dos objectivos de cuidados actualmente em jogo, para o utente*” (Lazure 1994:52)

A **empatia** é também um requisito importante na relação de ajuda. Esta expressão, na literatura consultada adquire também a designação de compreensão empática.

Lazure (1994) refere que “*a empatia exige que a enfermeira se centre totalmente no cliente com o fim de identificar e de compreender bem o conteúdo das suas mensagens*” (Lazure 1994:77)

Para Egan citado por Queirós (1999) refere que a empatia pode ser considerada enquanto “*habilidade de comunicação. É entendida como a atitude de comunicar ao outro que partilhamos os seus sentimentos e de lhes expressar a compreensão que decorre do nosso papel*” (Queirós 1999:25)

O enfermeiro obstetra, ao manifestar uma atitude empática para com a grávida, parturiente, puerpera e família, deve utilizá-la quer na comunicação verbal, quer na comunicação não verbal. Por vezes basta um gesto ou um sorriso, para que a utente fique mais tranquila, ao afastar-se e desvalorizando as suas queixas, dificulta a relação enfermeiro-utente, pois a enfermeiro não dá provas de empatia ou de respeito à utente.

Como refere Rogers, citado por Chalifour (1989) define empatia como “*a capacidade de se submergir no mundo subjectivo do outro e de participar na sua experiência, na medida em que nos permite tanto a comunicação verbal como a não verbal ou a para linguagem da utente*” (Chalifour 1989:147)

A empatia ocupa um lugar importante na relação de ajuda, alguns autores consideram-na mesmo a componente essencial dessa relação. Para Lazure (1994), a empatia é, de algum modo, “*a pedra angular de toda a relação de ajuda*” (Lazure 1994:77). Phaneuf (2005), considera que, em certos casos, empatia é “*sinónimo da própria relação de ajuda*” (Phaneuf 2005:322). Podemos assim concordar, que existe relação de ajuda quando o enfermeiro consegue estabelecer com a utente uma atitude empática.

Para potenciar essa relação, é necessário reconhecer todos os sinais exteriorizados pela utente mesmo aqueles que não estão muito claros até para ela própria. Phaneuf (2005)

descreve empatia como “ (...) *um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções*” (Phaneuf 2005:325).

A empatia confunde-se muitas vezes com simpatia, cuja característica principal é a subjectividade. Lazure (1984) “*caracteriza simpatia como algo que faz apelo a elementos de piedade, de identificação e de condolência*” (Lazure 1984:78). Enquanto para Phaneuf (2005), simpatia significa “*sofrer com*”, levando “*a prestar ajuda ao outro*” (Phaneuf 2005:326). Esta reacção leva-nos para as nossas próprias emoções, e não para as do outro que sofre, sem disso nos apercebermos. A empatia permite um olhar penetrante sobre a situação, visa a compreensão e o reconforto da pessoa que sofre, mas permite ao mesmo tempo, um certo distanciamento emotivo da pessoa que ajuda.

O enfermeiro obstetra tem atitudes empáticas quando a “linguagem” do seu corpo também a demonstra, quando se volta para a utente e a expressão do seu rosto reflecte uma atenção profunda, o seu olhar de atenção e o tom da voz que exprime calma e tranquilidade.

Por vezes, como sublinha Chalifour (1989), “*os comportamentos exteriorizados são expressões muito simples como um pestanejo, um inclinar de cabeça ou um sorriso de cumplicidade. A disponibilidade da enfermeira e a sua proximidade física e afectiva são também manifestações evidentes de empatia, bem como o tocar intencional, vai ao encontro da pessoa no seu espaço íntimo, transmite-lhe o desejo de ajudar*” (Chalifour 1989:148).

### **Decisão Conjunta**

Cibanal (1991), “*considera a tomada de decisão da utente, assumindo a responsabilidade no seu processo de mudança, como uma das etapas mais importantes para o estabelecimento da relação de ajuda*” (Cibanal 1991:30). Quando a utente toma plena consciência de que pode contar com os seus recursos pessoais e de familiares e

amigos, poderá então integrar a experiência de crise como uma verdadeira experiência vital que o ajudará a progredir para uma maior autonomia e maturidade.

## **Olhar**

Ao desempenhar um papel de destaque nas trocas sociais e no acesso ao conhecimento o olhar afirma Simmel (1981) “*é o mediador de todos os conhecimentos*” e estabelece uma “*reciprocidade instantânea*” (Simmel 1981:47) e “*a sua competência social é enorme*” (Goffman 1963:30).

Perante o sofrimento o olhar pode encher-se de compaixão, o enfermeiro lê reprovação e acusação no olhar da utente, é como a utente disse-se “Ela não suporta verme sofrer, mas faz tudo o que tem a fazer”. O olho é por excelência o órgão de interacção recíproca: ao mesmo tempo que a enfermeira capta a utente com o olhar, a utente avalia a enfermeira. Segundo Mercadier (2004), “*o olhar da utente fala e a enfermeira como que o escuta e ouve, e lê nele sentimentos*” (Mercadier 2004: 120). É um dos sentidos mais solicitados, encontrando-se muitas vezes na origem da tristeza, desvendando a dor no rosto da utente e suscitando no enfermeiro obstetra o receio de magoar.

Mas o olhar depreciativo dos outros pode ser de tal forma poderoso que consegue modificar a visão que o profissional tem de si mesmo, o que acontece sempre que as competências do enfermeiro obstetra são postas em causa. Tal como acrescenta Simmel (1981), “*Não se pode, através do olhar, só receber, sem dar nada em troca, porque o olho revela ao observado a alma do próprio observador (...) é a mais completa manifestação de reciprocidade no domínio das relações humanas*” (Simmel, 1981:48)

A utente pode sentir-se rejeitada por um olhar de repulsa ou constrangida por um não-olhar, mas muitas vezes ela procura o olhar do enfermeiro obstetra, porque geralmente este é tranquilizador. Sendo assim, o olhar tem dois sentidos; desvenda e ao mesmo tempo é desvendado.

A técnica, modifica o olhar, elimina a dimensão afectiva e permite o distanciamento em relação à utente. Sendo assim, o olhar deve ser entendido como medida de conforto,

constituindo-se no entendimento mútuo, transmissor de simpatias e empatias. Não deve nunca ser percebido como desrespeito pela privacidade do outro.

## **Privacidade**

A preservação da individualidade e o respeito pela privacidade da utente são essenciais ao conforto, representando para ela o reconhecimento das pessoas que lhe prestam cuidados. O respeito é uma atitude interna do enfermeiro obstetra, que se manifesta pelo seu comportamento, ao demonstrar compreensão pela utente e aceitando-a tal como ela é. A invasão do corpo e do território da utente é comum em meio hospitalar, a enfermeira aproxima-se sem pedir consentimento ou justifica a finalidade, começando a despi-la e a tocar o seu corpo.

Segundo Mussi (1999), *“Embora a promoção, manutenção e restauração do conforto dos nossos clientes sejam pregados e defendidos na prática e teoria da enfermagem e valorizados por eles, podemos estar distantes de tornar esta meta uma realidade”* (Mussi 1999:114). As utentes tornam-se propriedade dos profissionais, deixando de ter família de ser pessoa e de ter uma identidade.

Por sua vez Watson (2002) *“defende que a privacidade deve incluir a exposição física, psíquica bem como o segredo/confidência da comunicação protegida”* (Watson 2002: 82). O enfermeiro obstetra deve reconhecer a privacidade como fazendo parte dos direitos básicos da utente, reconhecendo que cada pessoa é um ser único no mundo, possuidor de experiências pessoais vividas, que constituem o seu quadro de referências, ao qual só o próprio tem acesso. O mesmo autor acrescenta, que o *“desrespeito pela privacidade constitui uma ameaça real ao equilíbrio interno de cada ser humano, impedindo-o de responder às suas necessidades fundamentais, e consequentemente de resolver os seus conflitos internos”*. (Watson 2002:82)

Camilo (1999), afirma o respeito pela privacidade, *“como principio moral básico, parece ser um dado adquirido pela cultura ocidental”* (Camilo 1999:30). No entanto todos nós sabemos que uma situação de internamento, com todo o seu ritual, onde a utente passa muitas vezes do estatuto de pessoa a objecto de cuidados, leva á despersonalização da

pessoa humana. A falta de privacidade está ligada à postura da equipa de enfermagem, à filosofia do hospital e aquilo que as pessoas valorizam, manifestando-se o respeito ao ser assegurada a dignidade da pessoa humana. Tal situação leva-nos a pensar o que refere Segundo Hesbeen (2004), *“a pessoa torna-se «coisificada» com demasiada frequência. É negada a sua qualidade de sujeito a quem se dirigem os cuidados”* (Hesbeen 2004:38). O respeito pela dignidade da utente, também quer dizer, que devemos tratá-la “como pessoa”, e não como uma “abstracção”, ou como um objecto ou um número. O que significa, que devemos reconhecê-la enquanto parceira das nossas trocas, situarmos com ela numa relação de ser humano para ser humano que exclui o paternalismo condescendente, a manipulação autoritária, a vontade de prepotência, e ainda mais a violência verbal ou outra. O mesmo autor acrescenta, *“quando a invasão do espaço da utente é entendida como invasão de privacidade, o toque pode ser percebido como falta de respeito”*. (Hesbeen 2004:38)

Após termos abordado alguns aspectos essenciais para o estabelecimento de uma eficaz relação de ajuda entre enfermeiro/utente, julgamos necessário dar ênfase, agora, ao papel do enfermeiro na promoção da interacção mãe-filho.

Actualmente, no nosso país, nas maternidades os serviços de internamento de puerperas nem sempre têm nas suas equipas enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica. Na nossa opinião, são estes enfermeiros que detêm as qualidades e competências específicas e adequadas para cuidar das mães e seus bebés. No entanto, serão também os elementos mais indicados para serem responsáveis pelos cuidados prestados por outros elementos, cabendo-lhe o papel de formadores e orientadores nesta área.

A maternidade é um processo de aprendizagem entre mãe e filho que exige o desenvolvimento de competências maternas, envolvendo o seu reajustamento e organização psicofamiliar. A vivência desta experiência pode conduzir a situações de angústia, medos e insegurança nas actividades diárias a realizar ao recém-nascido. Durante a gravidez poderá ter havido uma aprendizagem teórica, contudo com o nascimento há a confrontação com o real, e simultaneamente, enquanto a mãe recupera do stress físico do parto, procura ao mesmo tempo responder e adaptar as necessidades e ritmos do recém-nascido às suas próprias necessidades, constituindo muitas vezes uma exigência grande para a sua

capacidade de resposta, conduzindo a situações de fadiga extrema. Através da consulta de alguns estudos Afonso (1998), neste âmbito foi possível apurar as dificuldades que mais vulgarmente as puérperas referem relativamente ao seu filho:

- “ *Diferenciação do choro*
- *Perceber as necessidades do filho*
- *Relacionadas com a amamentação*
- *Receio de não conseguir cuidar bem do filho*
- *Cuidados com o coto umbilical, com os cuidados de higiene*”

(Afonso 1998: 26).

Este processo envolve uma aprendizagem contínua, onde progressivamente a família e a mulher vão conhecendo o bebé, sendo assim importante a orientação dos enfermeiros obstetras no sentido de proporcionar á mulher momentos onde se possa expressar as angústias e dúvidas, tranquilizando-a e explicando que é um processo onde só ela é capaz de conhecer o seu filho torna-se assim importante a contribuição dos enfermeiros obstetras neste apoio, orientação e educação, ajudado pelas suas capacidades técnicas, conceptuais e relacionais e que detêm um papel privilegiado na promoção da saúde durante o período do puerpério.

O período crítico do stress físico e psicológico não termina com o parto. O puerpério é um período de emoções intensas e variadas que implicam novas transformações fisiológicas, de relação, ritmo e rotina familiar, nem sempre antecipadamente previstas.

A mulher vai fazer luto do bebé imaginário para se relacionar com o bebé real, confusas e, por vezes desesperadas, algumas mulheres dizem-se vazias e verbalizam medos de não saber cuidar do seu bebé, de o não perceberem, o que pode conduzir a comportamentos inadequados e sentimentos de incapacidade, de frustração e culpa, por não demonstrarem amor suficiente ao recém-nascido, surgindo com frequência depressões reactivas.

Para Bobak (1999), *“o puerpério corresponde assim, ao período de tempo que se inicia após o parto até às seis semanas, durante o qual ocorrem reajustamentos quer a nível biofisiológico e hormonal, quer a nível psicológico. A alteração da imagem do corpo e dos papéis relacionais familiares faz com que este período seja crítico do ciclo de vida da mulher, constituindo por si só um autêntico teste de saúde mental”* (Bobak 1999:457).

Segundo Soifer (1984) *“a abordagem do puerpério está, patente numa situação de limitação entre o perdido (a gravidez) e o adquirido (o filho). Por outro lado a mãe vê-se interiormente forçada a um processo regressivo de modo a poder criar e compreender o bebé”* (Soifer 1984:63).

Actualmente a assistência de enfermagem no puerpério, encontra-se orientada para um conjunto de acções desenvolvidas dentro das instituições, numa intervenção marcada por tempos e por solicitações da puerpera. Evidencia-se a sistematização dos conhecimentos de uma forma mais ou menos padronizada com intenção de ensinar e proporcionar um conjunto de regras, normas de comportamentos ou cuidados a ter, e que por vezes este tipo de práticas deixa esquecido factores de aprendizagem como experiências de vida, o meio sócio cultural, bem como os sentimentos e relações familiares.

Impõe-se uma reflexão sobre o campo de acção e intervenção do enfermeiro, como profissional atento em conhecer, relacionar-se e actuar de forma preventiva e eficaz, dando suporte a um apoio, não só técnico como emocional e numa escuta atenta às situações e necessidades da mulher e família.

Infere-se assim, que as vivências após o parto definem o futuro maternal da mulher, assim como determinam e selam a relação com o filho, a família e a sociedade.

Neste período é importante a relação que o enfermeiro estabelece com a puerpera, uma vez que é a este nível que a mulher pode expressar não só as suas expectativas, necessidades e também receios e frustrações de uma forma directa, desde que as condições o favoreçam. Tanto a empatia como o respeito mútuo contribuem para a criação de um clima de confiança, tão importantes para o relacionamento e uma forma de realizar uma adequada assistência, de modo a promover a interacção mãe-filho. Uma atitude de

segurança e de compreensão é também de vital importância na prevenção de disfunções da interação da díade.

Para Marlow (1972), *“o enfermeiro inspira na mãe confiança, para que através dele a mãe a sinta em relação a toda a equipa”* (Marlow 1972:342). Para o mesmo autor, a relação de ajuda desenvolvida no primeiro contacto com a tríade pais/recém-nascido o enfermeiro sabe que toda a conduta tem um sentido e deve aceitar os pais como estes são sem os julgar, reconhecendo que eles têm direito de tomar decisões e de respeitar essas mesmas decisões. Deve permitir aos pais exprimirem os seus sentimentos e respeitar os momentos de silêncio que possam surgir. (Marlow 1972)

Esta interação enfermeiro/família começa na gravidez e continua no parto e puerpério, como afirma Olds (1989), *“ao mesmo tempo que interage com a mãe, o enfermeiro pode valorizar outra relação interpessoal, a capacidade desta para confiar nas pessoas e de desfrutar das relações, as suas capacidades de comunicação e de todos os seus sentimentos”* (Olds 1989:1025).

O enfermeiro deve naturalmente incentivar o contacto precoce mãe-filho, porque *“já foi demonstrado que o contacto imediato após o parto, incluindo o contacto de pele entre recém-nascido e mãe, tem um efeito importante no processo da interação”* (Burroughs 1995:248).

Segundo Pedro (1985) *“há um período único a seguir ao parto, em que é essencial proporcionar as condições para o processo de apego”* (Pedro 1985:88), sendo neste período que a mãe tem urgência em ver e tocar o seu bebé, confrontando-se sentimentos de excitação e de fadiga, resultante do esforço físico do trabalho de parto. Desta forma é importante que o enfermeiro compreenda como refere Olds (1989) que, *“dando apoio e tranquilizando os ânimos, pode facilitar os sentimentos positivos da mãe sobre a sua capacidade e importância para o filho.”* (Olds 1989:1132).

Pedro (1985) acrescenta que o enfermeiro deve ter *“consciência de que uma mulher que tem um filho nas melhores condições biológicas e emocionais, tem à partida asseguradas as melhores possibilidades para que o contacto precoce com o seu filho no pós-parto imediato decorra de um modo tão tranquilo como perfeito”* (Pedro 1985:92).



Para estimular a vinculação e a interacção mãe-filho *“o enfermeiro pode, e deve, orientar a puerpera a olhar fixamente nos olhos do seu filho”* (Burroughs 1995:247), assim como acrescenta Avery (1984) *“estimular os pais a tocarem no bebé, mesmo momentaneamente”* (Avery 1984:322). Este contacto é mais facilmente estabelecido se for assegurado um ambiente calmo, seguro e com pouca luminosidade, uma vez que estimula o recém-nascido a abrir os olhos.

É importante não esquecer que nos dias a seguir ao nascimento o recém-nascido move-se ao ritmo da fala da sua mãe.

Desta forma, os pais devem ser estimulados a falar e a segurar no bebé ao colo, com o objectivo de alimentar o processo de apego.

O autor referido anteriormente vai um pouco mais longe, considerando a própria identidade do bebé fundamental para o estabelecimento da relação mãe/filho, *“...o enfermeiro deve, ainda, reforçar a identidade do bebé aos pais, assinalando semelhanças físicas, para facilitar o estabelecimento do vínculo.”* (Avery 1984:317). Neste sentido e como forma de reforçar a identidade do recém-nascido, o enfermeiro deve perguntar qual o nome dele e tratá-lo pelo nome próprio, ajudando assim os pais a familiarizarem-se o mais possível com o bebé.

Apesar de recém-nascido, o bebé contribui activamente na comunicação com a mãe, mostrando-se estimulador das reacções maternas. Assim é importante que a mãe aprenda a conhecer o seu bebé, pois é através do pólo maternal que se processa o desenvolvimento da criança.

O desconhecimento de alguns aspectos por parte da mãe faz com que esta não valorize as capacidades do seu bebé, não correspondendo adequadamente, de modo a fortalecer a sua vinculação, por isto é muito importante que o enfermeiro esclareça a mãe sobre as competências do seu filho, para que assim o processo de interacção seja *“fortalecido, através do uso de respostas sensoriais entre os pais e o filh.”* (Burroughs 1995:248).

Para Brazelton e Cramer (1989), *“numa interacção é importante que exista um diálogo simétrico entre os pais e o bebé, pois ambos têm que alcançar e manter a sincronia*

*de modo a que os pais conheçam as preferências e limites dos seus filhos indo de encontro às suas necessidades.” (Brazelton e Cramer 1989:474).*

Segundo estes autores a percepção adequada destas necessidades e o desenvolvimento de esforços para os colmatar, levam a mãe a desenvolver e a aperfeiçoar as suas reacções em relação ao bebé, assim a mãe adquire maior conhecimento do seu filho, adequando os estímulos às suas exigências.

Parke, citado por Pedro (1985) propõe “...*modificações tanto no espaço como nas atitudes hospitalares, no sentido de ser permitido um maior contacto entre a triade pai-mãe-recém-nascido. Em todas as fases que rodeiam o nascimento há uma quantidade de aprendizagem que se passa entre a mãe e o filho e na qual o pai deve ser incluído, a fim de adquirir não só o interesse e o sentido de pertença face ao bebé, mas também a partilha de laços que habitualmente unem a mãe e o filho.*” (Pedro 1985:160).

Para que os pais vivenciem a maternidade com intensidade e felicidade, torna-se imperativo que conheçam profundamente o recém-nascido, podendo carecer de apoio e ajuda nesta fase das suas vidas, para que esta experiência seja vivida em bem-estar e saúde.

É necessário que o enfermeiro esteja atento e detenha conhecimento pleno sobre as capacidades do recém-nascido, de forma a contribuir para a construção de famílias felizes na nossa sociedade.

Segundo Ziegel (1980), “*o progresso da mãe no sentido de tornar-se independente, não significa que ela não precise da assistência do enfermeiro. Necessitará de orientação e aprendizagem, além de aprovação do trabalho correcto que vier a fazer. Necessitará de repousar, porque a excitação de tentar fazer tudo, poderá levá-la a exceder-se e, assim, deverá ser ajudada a planejar períodos de repouso e a determinar os seus próprios limites*” (Ziegel 1980:442).

Segundo Avery (1984), “*o enfermeiro preocupa-se com o bem-estar físico da mãe, para ela ter condições para se ocupar com o seu filho*” (Avery 1984:322). Diz-nos ainda Burroughs (1995), “*uma mãe cansada, insegura e muito ansiosa em relação ao seu filho, pode ter um comportamento inadequado ao papel materno*” (Burroughs 1995:222)

Nesta perspectiva, o enfermeiro nunca deve incentivar uma mãe a uma tarefa, se se perspectivar que ela não venha a ser capaz de a efectuar. A sua actuação deve ser desenvolvida de forma planeada, para que exista uma relação de confiança mútua, incrementando o amor-próprio e a confiança dos pais ao reconhecer as suas capacidades para cuidar do seu filho. Olds (1989) defende que faz parte das competências do enfermeiro *“fomentar o êxito dos cuidados prestados pelos pais através de reforços positivos e com demonstrações e explicações aos pais.”* (Olds 1989:1133).

Assim e segundo Marlow (1972), *“o enfermeiro se a mãe demonstrar ansiedade por falta de confiança, ajuda-a, criando na mãe hábitos de cuidar do recém-nascido, para que ela os valorize e assim acalme”* (Marlow 1972:361).

Na realidade, quando a mulher é puerpera e se encontra internada, confronta-se muitas vezes com sentimentos de angústia, perda de auto-estima e de autonomia, recorrendo, conseqüente e invariavelmente à *“enfermeira como suporte creditado das suas dúvidas, receios e ansiedades.”* (Marlow 1972:364).

Segundo George (1983), *“o papel do enfermeiro pode ser definido, como interacção, numa situação de enfermagem, em que o enfermeiro como profissional, utiliza habilidades, conhecimentos e valores, identificados com a enfermagem, para a identificação de metas e para o auxílio, no sentido de que a puerpera e família atinjam as suas metas.”* (George 1983:300).

*“Esta ajuda garante que a puerpera satisfaça as suas necessidades e que o enfermeiro promova a saúde por meio da educação.”* (Pearson 1992:74). No entanto, segundo ainda o mesmo autor, *“o enfermeiro ao ajudar a mãe/família tem que ter também consciência de que não há receitas universais, nem aprendizagens ideais para uma mulher se tornar mãe. Por vezes a ansiedade que as mães desenvolvem ao serem confrontadas pela primeira vez com esta experiência, leva-as a tentar adquirir fórmulas mágicas para utilizarem nos cuidados aos seus filhos.”* (Pearson 1992:74).

Ao estabelecer um processo de relação de ajuda, devemos privilegiar a transmissão de informações e incutir autoconfiança, para que as mães possam, elas próprias, fazer as suas escolhas tendo em conta a realidade com que se confrontam, os seus valores, crenças,

costumes, hábitos de vida e de saúde, ao invés de confiarem, de olhos fechados, em soluções mágicas de que esperam tirar bons resultados, mas que se podem tornar surpreendentes, pois são falíveis e pouco flexíveis.

Além disto é muito importante lembrar aos pais que, como tal, devem fazer as suas próprias opções e descobrir e reconhecer os seus recursos pessoais, para resolver problemas que se lhes deparem.

Segundo Pearson (1992) *“o enfermeiro requer capacidades específicas de observação e de comunicação para colher informação, tomar decisões e implantar um plano de cuidados baseado nos problemas que levam à acção de enfermagem.”* (Pearson 1992:164).

Burroughs (1995), diz-nos que, *“a promoção da aproximação entre a mãe e o filho é, talvez um dos maiores e mais interessantes desafios para a enfermagem. O enfermeiro está numa posição excepcional para ajudar a mãe, avaliar as suas necessidades e ensiná-la sobre os cuidados e comportamento do recém-nascido.”* (Burroughs 1995:247).

Um dos factores mais importantes é a mãe entrar no mundo do bebé para saber como ele é, conhecer os seus gostos, criando um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, um ambiente que tenha significado para ambos.

A maternidade será tanto melhor conseguida, se a mãe confiar nos seus sentimentos, não tentar fazer da aprendizagem um exercício intelectual, mas sim uma relação espontânea. Segundo Kitzinger (2001) *“intelectualizar a maternidade é torná-la mais difícil”* (Kitzinger 2001:52).

Segundo Burroughs (1995), *“o enfermeiro é uma pessoa muito importante para ajudar os pais a valorizar as necessidades do seu filho e coordenar os cuidados que estes lhe prestam, por isto, tanto a mãe como o pai devem ser incentivados a participarem nos cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, como o dar banho, segurar e identificar as suas características físicas”* (Burroughs 1995:248).

Ziegel (1980) refere *“ao prestar cuidados de enfermagem à puerpera, o enfermeiro deverá clarificar as zonas de autonomia que podem ser estimuladas, de modo a que a utente se torne numa parceira activa, capaz de se implicar nas tomadas de decisão, que*

*dizem respeito à sua própria saúde e à do seu filho*” (Ziegel 1980:438), e acrescentando Olds (1989) refere que *“faça sugestões”* (Olds 1989:1134).

O mesmo autor afirma, *“é também da responsabilidade do enfermeiro criar um ambiente ideal para ensinar os pais, pois assim eles terão mais facilidade para aprender”*, (Olds 1989:1134).

Para Ziegel (1980), *“facilitar um relacionamento entre pais e o bebé é auxiliar os primeiros no conhecimento do bebé e dos cuidados que lhe devem ser dispensados, é um aspecto muito importante da assistência.”* (Ziegel 1980:443).

*“O enfermeiro dá o seu apoio e ensina a mãe que amamenta, pois é um momento de contacto precioso para o favorecimento do apego”* (Avery 1984:322), e pode determinar o sucesso materno nos cuidados do bebé.

Ainda segundo o mesmo autor *“o enfermeiro deverá orientar a mãe para a postura que adquiere, a maneira como segura o bebé, nos seus braços, aconchegando-o ou não para junto de si”* (Avery 1984:322). Sendo estes alguns dos aspectos que o enfermeiro deve ter em atenção quando valoriza, no seu desempenho profissional, a promoção da relação mãe-filho. O papel do enfermeiro é de extrema importância, no cuidar de uma família, ele intervirá, assumindo a total responsabilidade pelas suas acções como prestador de cuidados e educador.

Podemos concluir então, que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é, sem dúvida, o elemento da equipa multidisciplinar colocado em posição privilegiada para dinamizar a relação entre a equipa de saúde e família e promover condições ideais entre a díade – tríade, agindo como gerador potencial de uma boa vinculação, desde o planeamento familiar às consultas pré-natais, no decorrer do trabalho de parto e parto e, logo após o nascimento da criança.

Após esta primeira parte de suporte teórico referencial, passamos para uma parte onde expomos a metodologia adoptada para a consecução deste trabalho.

## 2 – METODOLOGIA

**P**odemos iniciar este capítulo, por uma pequena reflexão acerca do que é a investigação?

Porventura, etimologicamente, será procurar, questionar, desenvolver, aprofundar, querer e saber mais. Segundo Fortin (1999), “ *a investigação científica é, em primeiro lugar um processo; um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação*” (Fortin 1999:17). O mesmo autor, citando Seaman, diz-nos também que a investigação científica é “ (...) *um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo empírico (o que nós conhecemos através dos nossos sentidos), com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos*” (Fortin 1999:17). Por outro lado, Burns e Grove, citados ainda por Fortin (1999), definem a investigação científica como “ (...) *um processo sistemático, efectuado com o objectivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir outros novos que vão, de forma directa ou indirecta influenciar a prática.*” (Fortin 1999:17).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004), Investigação em Enfermagem é: “*um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspectos da saúde que são de interesse para a enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital (...)*” (Ordem dos Enfermeiros 2004:7).

De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é sem dúvida o mais rigoroso e credível, uma vez que assenta num processo racional que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo onde vivemos.

Com base nas definições citadas anteriormente, entendemos que a investigação permite criar novos conhecimentos pelo desenvolvimento da teoria ou pela verificação da teoria. São esses conhecimentos sólidos que guiam a prática e asseguram a credibilidade de uma profissão. Para realizar um trabalho de investigação é necessário que os investigadores percorram uma longa caminhada, caracterizada por esporádicas incursões em indecisões de algum modo conturbadas. Existem, com toda a certeza fases, por vezes pouco definidas, onde deve imperar o bom senso e a capacidade de racionalidade do pensamento de forma a encontrar respostas às questões inicialmente levantadas.

Em enfermagem, a investigação científica tem como principal objectivo estudar fenómenos presentes no domínio da prestação de cuidados. Estes fenómenos devem ser importantes, não só para o desenvolvimento dos conhecimentos da profissão mas também para consolidar a prática da enfermagem.

Fundamentados numa profunda reflexão, dever-se-á ter em conta que um determinado estudo será tanto mais proveitoso quanto mais for de encontro aos interesses do investigador, como afirma Gil (1989) devendo “(...) *pesar um gosto especial pela investigação do assunto em causa (...) a pesquisa tenha algo de novo e que essa contribuição seja significativa (...) acréscimos de conhecimento de valor (...)*”(Gil 1989:14).

A **metodologia** é por sua vez, considerada uma arte porque implica o uso da imaginação e flexibilidade, sendo também, constituída por uma vertente lógica que confere a necessidade de utilização de métodos científicos.

Para Fortin (1999), metodologia é “ (...) *a operacionalidade do estudo (...)*” (Fortin 1999:108).

O estabelecimento de um plano do desenho de investigação apropriado, tendo em vista responder às questões levantadas pela problemática de investigação, inclui vários elementos: abordagem e tipo de estudo, população e participantes, método de colheita de dados e método de tratamento de dados.

Tal como refere Fortin (1999) “*O desenho de investigação destina-se a pôr em ordem, um conjunto de actividades de maneira a permitir ao investigador a realização*

*efectiva do seu projecto. Este plano constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação”* (Fortin 1999:131).

Ainda segundo outro autor, Quivy (1992), a metodologia consiste “ (...) *em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação (...) é o prolongamento da problemática e do modelo de análise, articulando de forma operacional os marcos, as pistas, que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação de análise (...)*” (Quivy 1992:23).

É através da metodologia que se confrontam as questões de investigação a serem verificadas com os dados observados, englobando deste modo, um conjunto de operações, através das quais o modelo de análise é submetido ao teste dos factos e confrontado com os dados observáveis. A metodologia permite elaborar o perfil científico de um trabalho, acrescentando ainda, como refere Esteves (1999), “ (...) *a explicitação e pertinência, as opções metodológicas (...)*” (Esteves 1999:252). Não esquecendo como acrescenta Costa (1999) “ *a selecção e articulação das técnicas de recolha e análise da informação*” (Costa 1999:129) e com o objectivo afirma Esteves (1999) “ (...) *de traçar a lógica de aproximação à realidade*” (Esteves 1999:252), que pretendemos estudar e compreender. Em suma, será a construção deste capítulo seguinte.

## 2.1- PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Como vimos anteriormente, a investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, “(...) *que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que (...) exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado*” (Fortin 1999:62).

Quando a consequência dominante é a mudança rápida, torna-se imperativo a clarificação do cuidar, actividade tão central e sensível a todo o ser humano, despertando no Homem um saber que lhe permite dirigir o processo de mudança, para não ser destruído por ele. Hoje caminha-se para o paradigma emergente e acredita-se que todo o conhecimento



científico é natural e social, é auto-conhecimento íntimo e compreensivo, total e local, que visa construir-se em senso comum.

Enfermagem não é excepção à mudança, foi neste cenário de transformações, que o cuidar em obstetrícia modificou definitivamente a questão da saúde da mulher com especial atenção na humanização do parto e na promoção da saúde da grávida/ parturiente/puérpera e família, para assim responder às solicitações da sociedade actual, a qual se apresenta cada vez mais exigente e preocupada em relação aos cuidados que lhe são prestados.

Tendo em vista a contribuição para a evolução da enfermagem, na área de obstetrícia, existe assim necessidade de recorrer à investigação para basear o conhecimento em pressupostos científicos, pois tal como refere Polit Hungler (1995) “ *As informações que decorrem da pesquisa em enfermagem vêm beneficiar a definição do papel bastante distinto e singular dessa profissão, na prestação de cuidados*” (Polit Hungler 1995:7) e ao mesmo tempo é preciso que interesse “ *os utilizadores dos cuidados e as enfermeiras*”, como refere Collière (1989), sendo essencialmente “ *uma atitude de interrogação*” (Collière 1989:341).

Segundo Fortin (1999) formular um problema de investigação “*é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo*” (Fortin 1999:62).

A necessidade de elaboração deste estudo surgiu a partir da constatação de que as parturientes e puérperas não apresentam os conhecimentos que deviam ter sido adquiridos ao longo da vigilância pré-natal e do internamento no serviço de obstetrícia. Este facto foi constatado através da nossa experiência profissional, e através de relatos efectuados pelas utentes que referiam insuficiência e mesmo ausência de conhecimentos sobre cuidados a ter no período do puerpério com os seus filhos e mesmo com elas. Ao mesmo tempo este facto foi também verbalizado pelas enfermeiras obstetras do serviço de obstetrícia do Hospital Drº José Maria Grande em Portalegre, que referiam realizar ensinamentos de acordo com as

necessidades das utentes, mas contudo constatavam insuficiência ou inadequação de conhecimentos face aos que lhes era ministrado.

Começamos a inventariar sociologicamente este estudo pela pergunta de partida:

- **Será que existem factores de ordem relacional, comunicativa e profissional que constroem a eficácia da prática de enfermagem em contexto hospitalar?**

Salientamos ainda o facto, de que a realização dos ensinos é feita por iniciativa dos profissionais que trabalham no referido serviço, pois não existe um plano de orientação previamente elaborado.

O interesse pelo tema do cuidar em obstetrícia não é recente, pois foi uma das justificativas para realizarmos o curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Após alguma reflexão, enquanto docente de uma Escola Superior de Saúde, e como Enfermeira Obstetra na prestação de cuidados de enfermagem em unidade hospitalar anteriormente referida, consideramos que as abordagens sobre o cuidar da enfermeira obstetra, se inserem num quadro de motivações e interesses muito especiais, razão pela qual interessa investigar para aprofundar o conhecimento sobre as práticas, contribuindo para a melhoria das mesmas.

Das reflexões efectuadas, emergiram também algumas **perguntas de investigação**:

- a) Qual a natureza da prática do Cuidar da Enfermeira Obstetra?
- b) Como é que a Enfermeira Obstetra dinamiza a articulação entre os cuidados e ensinos realizados e as necessidades das utentes?

Para a concretização deste estudo definimos objectivos, como refere Fortin (1999) *”O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão específica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo”* (Fortin 1999:100)

### **Objectivo Geral do Estudo:**

- Caracterizar as práticas profissionais da enfermeira obstetra do HDJMG da ULSNA/EPE

### **Objectivos Específicos do Estudo**

- Identificar o perfil profissional e a representação social do cuidar da enfermeira obstetra;
- Analisar a importância da comunicação enfermeira /utente para a melhoria das práticas;
- Identificar a dinamização e articulação entre os cuidados, os ensinamentos realizados e as necessidades das utentes;
- Analisar o modelo conceptual adoptado nas práticas profissionais da enfermeira obstetra.

## **2.2 - ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO**

Após reflexão acerca do tema que pretendemos estudar e tendo em conta o objectivo que nos propomos alcançar com este trabalho de investigação, **“Para uma Sociologia das Práticas do Cuidar da Enfermeira Obstetra”**, pretendemos conhecer uma realidade

sociológica, não tendo a pretensão de obter verdades absolutas nem extrapolar dados para o universo; pelo que optámos pela estratégia de investigação: *“estudo de caso”*.

Concordamos com Gil (1989) quando o mesmo refere que *“o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objectos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo (...)”* (Gil 1989:78), premissas que vão de encontro aquilo que pretendemos. O estudo de caso é um estudo empírico que investiga fenómenos contemporâneos no contexto da vida real, quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claros, como refere Yin (1998) *“(...) quem, quando, qual, como e porquê (...)”* (Yin 1998:5). Acrescentando Fortin (1999) *“O estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um individuo, (...) grupo ou de uma organização (...) para responder às interrogações sobre um acontecimento ou um fenómeno contemporâneo, sobre o qual existe pouco ou nenhum controle.”* (Fortin 1999:164).

Tendo em conta o problema a pesquisar, e orientada pela convicção de Polit e Hungler (1995) *“a pesquisa qualitativa pode ser considerada holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador)”* (Polit e Hungler 1995:270). Então optamos pelo paradigma qualitativo, pois este permite-nos conhecer múltiplas realidades subjectivas no contexto das experiências vividas pelos seus intervenientes.

Por investigação qualitativa, Fortin (1999) *“entende-se aquela que se preocupa com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem procurar controlá-los”* (Fortin 1999:148). Podemos dizer que o objectivo principal desta abordagem é descrever ou interpretar, mais do que avaliar.

Para Leininger (1985), *“(...) a investigação qualitativa é, frequentemente, a forma inicial de descobrir fenómenos e de documentar factos desconhecidos de certos aspectos das pessoas em estudo, considerando-a o principal método para, entre outros, descobrir essências, sentimentos e significados.”* (Leininger 1985:48), ideia esta que é reforçada por Parse (1985), ao defender que na pesquisa qualitativa *“(...) se estudam as experiências vividas pelo homem, focando-se na descrição que explicitamente, expressam os valores dos*

*pensamentos, percepções e sentimentos dos sujeitos sobre as experiências vividas.*” (Parse 1985:64), permitindo assim aos investigadores em enfermagem a possibilidade de estudar fenómenos subjectivos, tal como eles foram vividos pelos sujeitos que os experienciaram.

Outra característica da abordagem qualitativa, é que ela se apoia num raciocínio indutivo e “ *o investigador não se coloca como um perito, dado que é uma nova relação sujeito-objecto que se trata (...) os sujeitos que intervêm no estudo tiverem ou têm experiências de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente ou partilham a mesma cultura*” (Fortin, 1999:148).

Pretendemos então, efectuar um estudo exploratório de orientação fenomenológica, na medida em que se parte de um fenómeno ainda pouco explorado que, nos permite conhecer as experiências humanas através da descrição detalhada dos sujeitos envolvidos no estudo. Esta opinião é reforçada por Gil (1989) quando refere: “*este tipo de pesquisa é realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionais...e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias com vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores*” (Gil 1989:44). É um estudo em que não se tem informação sobre determinado tema, e que se deseja conhecer. Pois, apesar de em muitos trabalhos se abordar o papel do enfermeiro obstetra, poucos são os que se reportam às práticas específicas do enfermeiro obstetra.

É ainda descritivo, já que pretendemos a descrição de uma realidade associada a um determinado fenómeno, delimitado e circunscrito, pois como refere Fortin (1999) “*descreve os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo.*” (Fortin 1999:162). Este é um tipo de estudo que visa descrever as características de um determinado facto/situação e, sobre o qual existe pouco estudos de investigação, como é o estudo em causa.

Para Polit e Hungler (1995), “*a fenomenologia é a linha de investigação que se adequa a enfermagem, pois as respostas são dadas por sujeitos que vivem e experienciam um dado fenómeno*” (Polit e Hungler 1995:271). A fenomenologia não explica a doença, procura compreender o Homem na sua totalidade existencial enquanto Homem inserido

numa dada sociedade histórica e culturalmente situada. Assim, a tendência desta, é o retomar e considerar o Homem no seu todo, de modo holístico e não isoladamente.

A fenomenologia enquanto método de investigação, centraliza-se no significado de um dado fenómeno, através da análise do significado, relevância de uma experiência da pessoa, do conhecimento da essência dos fenómenos e da consciência que é indispensável para a sua compreensão.

O foco central da fenomenologia é a descrição do fenómeno e não a sua explicação, pois não se preocupa com as relações casuais. A ênfase está no mostrar e descrever rigorosamente o fenómeno, prever o alcance da sua essência.

Polit e Hungler (1995), diz-nos ainda que a fenomenologia é *“um método de pensamento sobre o que são as experiências de vida das pessoas”* (Polit e Hungler 1995:272). Para o pesquisador, a vantagem do método fenomenológico é obter uma compreensão maior do fenómeno estudado. O método fenomenológico parte das descrições dos sujeitos, e é através das análises dessas descrições que a natureza do fenómeno é revelada e o significado da experiência do sujeito é compreendido. Segundo os mesmos autores, para os sujeitos a vantagem é a mudança que neles se opera, a reflexão mais profunda, a melhor compreensão da sua própria existência e as modificações com vista ao crescimento e às possibilidades de mudança. Os fenómenos percebidos pelo investigador, devem ser relatados sem ideias preconcebidas e sem juízos de valor que este possa ter, sobre o fenómeno a investigar, o primeiro requisito da fenomenologia é que não existem noções preconcebidas, expectativas de modelos de referência presentes para *“guiar os pesquisadores”*. Watson (2002), refere-nos que *“a abordagem fenomenológica dá ênfase à análise das experiências do ponto de vista daqueles que as viveram, pois a melhor forma de compreender outro ser humano é entrar na sua visão do mundo e filosofia de vida, olhar o mundo através dos seus olhos, sob o seu ponto de vista”* (Watson 2002:115). Acrescentando, o mesmo autor, quando nos diz que *“a realidade é sempre subjectiva, pois o mundo só se torna real pelo contacto que temos com essa realidade, que vai variando conforme a perspectiva individual (...)”* (Watson 2002:115), indo de encontro à essência da enfermagem, que tem como objectivo principal, o cuidar. Cuidar este, que só pode ser

demonstrado e praticado numa relação interpessoal, como sendo a relação de ajuda como nos refere ainda Watson (2002), o “ (...) *elemento básico da qualidade dos cuidados é o desenvolvimento de uma verdadeira relação de ajuda, para desenvolver a relação, o enfermeiro deve tentar conhecer a outra pessoa, incluindo o seu self, o seu mundo.*” (Watson 2002:116)

Podemos concluir que o estudo fenomenológico consiste em descrever o universo perceptível de pessoas que vivem uma experiência. Os enfermeiros desejam compreender claramente e dar sentido à experiência vivida dos seus utentes, entrar no mundo em que eles habitam e perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e de doença humanas.

Concluindo, assim se compreende, que no âmbito deste estudo, em que pretendemos contribuir para que exista uma maior clarificação dos sentimentos e das necessidades dos enfermeiros na relação com as grávidas e puérperas, este sirva de base para uma reflexão acerca das atitudes e práticas, num serviço de obstetrícia.

É sobre a selecção deste terreno onde se efectuam as práticas dos enfermeiros obstetras que se centrará o próximo sub-capítulo.

## 2.3 - TERRENO DE PESQUISA

O terreno de pesquisa deve ser claramente circunscrito, reunindo as condições para o desenvolvimento do estudo, desta forma a sua selecção não pode ser alheio aos objectivos do estudo, decorrendo dos objectivos o posicionamento do investigador num campo empírico que reunisse as condições necessárias ao desenvolvimento do estudo. Desta forma, refere Quivy (1992), “*Não é de estranhar que a maior parte das vezes, o campo de investigação se situe na sociedade onde vive o próprio investigador.*” (Quivy 1992:160). Nesta linha de pensamento a selecção recaiu no Hospital Dº José Maria Grande da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano em Portalegre no Alentejo, essencialmente por razões de ordem prática relacionadas com a execução do estudo. Trata-se do nosso local de prática

profissional, o que facilita a interacção com os actores, não sendo considerada elemento estranho, o que permite uma recolha de dados mais fiável.

Decorrente do exposto, pensamos que o problema da “*interferência*” provocado pela presença do investigador se encontrará bastante atenuado, podendo mesmo considerar-se “*negligenciável*”; uma vez que, no dizer de Costa (1986) “*o investigador faz parte daquele contexto social e está com ele fortemente familiarizado por socialização ou aproximação prévias*” (Costa 1986:136).

No entanto, reconhecemos que o problema da interferência, neste caso, não é completamente anulado. Contudo como afirma Silva e Pinto (1986), “*a interferência não é, pois, simplesmente, um obstáculo ao conhecimento sociológico mas também um veículo desse conhecimento. Não o ignorar é uma condição de objectividade*” (Silva e Pinto 1986:135).

Segundo Quivy (1992) “*para evitar mal entendidos e trabalhar sem se dispersar, será assim necessário precisar explicitamente os limites do campo de análise (...) actores aos quais será dado relevo (...)*” (Quivy 1992:159).

O nosso terreno de pesquisa será o Serviço de Obstetrícia do Hospital Doutor José Maria Grande em Portalegre, da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Feita uma breve caracterização do contexto em estudo, torna-se então necessário definir, os “actores” e as estratégias a colocar em prática para efectuar a recolha de dados. Estas abordagens serão alvo do próximo sub-capítulo.

## 2.4 – OS ACTORES DO ESTUDO

Para a realização de qualquer estudo, é necessário delimitar o campo de análise e, não menos importante, seleccionar os elementos necessários ao estudo em causa. “*A banalização de sondagens de opinião ensina ao grande público que é possível obter uma informação digna de confiança, sobre uma população de várias dezenas de milhões de habitantes, interrogando apenas alguns milhares deles*” (Quivy 1992:161). Tendo em conta





a problemática, os objectivos e tipo de abordagem (qualitativa), torna-se importante decidir sobre os “actores” que farão parte do estudo.

Pretendemos compreender a visão, a partir de dentro, do mundo dos actores. Definimos como meta aprender a compreender a visão do “*mundo*” tal como os “*actores*” a definem. Para a determinação do grupo de entrevistados, foram seleccionados alguns actores de estudo.

Como o que interessa num estudo qualitativo é a riqueza da informação obtida, os actores deste estudo, foram determinados pelo pesquisador, consoante as suas características específicas. Estas características serão aquelas que nos darão as informações necessárias e adequadas para dar resposta ao nosso estudo de investigação, em estudos exploratórios, os dados dizem respeito a fenómenos relativamente desconhecidos, pelo que os sujeitos não são seleccionados aleatoriamente, pois o que nos interessa é a selecção de situações ricas de informação para o estudo em causa.

O universo do nosso estudo foi constituído pelas enfermeiras obstetras e enfermeiros obstetras que prestam cuidados no Serviço de Obstetrícia do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, pelo que se estabeleceram critérios de inclusão:

- Possuir o título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

- Deter pelo menos, 12 meses de experiência profissional no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do HDJMG

Estabelecemos este período de tempo (12 meses de experiência profissional), por pensarmos ser este o necessário para que os enfermeiros adquiram conhecimentos e experiência nesta área, assim como uma melhor compreensão do fenómeno em estudo

Este critério de inclusão deve-se ao facto de pensarmos que, são estes enfermeiros que vivenciaram o fenómeno em estudo e que mais contributos nos poderão dar através das suas experiências pessoais e profissionais, de forma a atingir o nosso objectivo em estudo.

O nosso critério de escolha, teve também em atenção os enfermeiros que poderiam apresentar pontos de vista diferentes, com o objectivo de enriquecer o nosso estudo, como refere Polit e Hungler (1995), *“nem todos terão a possibilidade de entrar na amostra com a definição de critérios (...)”* (Polit e Hungler 1995:356).

Não poderemos fazer inferência estatística para a restante população, como acrescenta Fortin (1999), mas *“neste tipo de estudo o importante é que as pessoas seleccionadas tenham capacidade de testemunhar sobre a sua experiência”* (Fortin 1999:208). O mesmo autor refere ainda que, *“a saturação dos dados não será possível, devido ao tamanho da amostra, pois qualquer investigador poderá enriquecer este estudo com outras situações observadas”* (Fortin 1999:211).

O nosso grupo de entrevistados é composto por 9 actores, pois como refere Palmeiro (1995) *“não importa o número de casos, o importante é o potencial de cada caso para ajudar o investigador no desenvolvimento de compreensões teóricas sobre a área em estudo”* (Palmeiro 1995:65). Desta forma não foi nossa preocupação o numero reduzido de actores, pois não há regras para o tamanho da amostra, elas dependem do objectivo do mesmo, da disponibilidade, do que será mais útil, do que se fará com os resultados e dos recursos disponíveis, nomeadamente o tempo. O que é mais importante é a riqueza da informação dos casos seleccionados.

Assim, mais do que o número de casos, interessa a selecção dos casos ricos de informação para o estudo em causa, um pequeno número de indivíduos pode apresentar dados suficientemente significativos em termos de riqueza de informação.

Neste sentido, o grupo, é constituída pelos enfermeiros que apresentam as condições preconizadas para o estudo.

Depois de serem informados do objectivo e da finalidade do nosso estudo, foi solicitada a sua colaboração, respeitando os códigos éticos e deontológicos inerentes.

#### 2.4.1. - Caracterização dos actores em estudo

Para melhor conhecer os actores em estudo, julgamos fundamental caracterizar os Enfermeiros Obstetras, no que diz respeito ao sexo, à idade, habilitações, tempo de serviço como Enfermeira, tempo de serviço como Enf.<sup>a</sup> Obstreta.

**Quadro I – Caracterização dos actores em estudo**

Sexo	Idade	Habilitações	Tempo de serviço como Enfermeira	Tempo de Serviço como Enf. <sup>a</sup> Obstreta
F	39	Licenciatura	16	2
F	53	Licenciatura	33	32
F	39	Licenciatura	16	3
M	39	Licenciatura	17	1
F	32	Licenciatura	11	1
F	39	Licenciatura	16	2
F	46	Licenciatura	22	14
F	49	Licenciatura	24	12
F	44	Mestrado	21	3

Fonte: Guião Entrevista

#### **2.4.2. - Caracterização do serviço**

Uma vez que a amostra de estudo é retirada de uma população Enfermeiros Obstetras, do Serviço de Obstetrícia do Hospital Drº. José Maria Grande da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, achamos oportuna uma breve caracterização desta Unidade de Cuidados.

O Serviço de Obstetrícia/Ginecologia tem como área assistencial prestar cuidados a utentes, do sexo feminino, do foro obstétrico e ginecológico, com atendimento de urgência e internamento.

Na área de obstetrícia, o atendimento é efectuado no período pré-parto, parto, pós-parto e patologia obstétrica.

A área de ginecologia engloba o internamento de utentes para tratamento de patologia e para intervenções cirúrgicas, do foro ginecológico.

#### **Estrutura Física e Recursos Humanos**

O serviço de Obstetrícia/Ginecologia ocupa o quarto piso do Hospital Dr. José Maria Grande/ULS NA /EPE, em Portalegre.

Está dividido em duas alas. Na ala direita, situa-se o internamento de obstetrícia e ginecologia, com as respectivas áreas de apoio. Tem uma capacidade para internar vinte e sete utentes, das quais oito camas destinam-se a utentes do foro ginecológico, doze ao puerpério, três para grávidas em trabalho de parto, três para patologia obstétrica e um isolamento para obstetrícia.

Na ala esquerda, situa-se a sala de atendimento à urgência obstétrica/ginecológica, a sala de espera das utentes e acompanhantes, a sala de realização de histeroscopias, duas salas de partos, um vestiário do pessoal de enfermagem e respectivas áreas de apoio

No hall e corredor contíguo situam-se os gabinetes da equipa médica e da Enfermeira Chefe. Em termos de recursos humanos o serviço de Obstetrícia/Ginecologia é constituído por uma equipa multidisciplinar, sendo esta composta por uma equipa de

enfermagem, equipa médica, equipa de auxiliares de acção médica e um elemento designada por secretária de unidade.

A equipa médica é composta por cinco elementos, incluindo a Directora do Serviço, pertencentes ao quadro hospitalar, com apoio clínico de quatro profissionais, contratados em regime de escala de urgência e todos eles são especialistas em obstetrícia e ginecologia. As vinte e quatro horas são asseguradas por um elemento de presença física. Esta equipa dispõe ainda de apoio da equipa de cirurgia do hospital, para as intervenções cirúrgicas de urgência e da equipa de pediatria, para alguma situação de urgência na sala de partos ou serviço de internamento.

A equipa de enfermagem é composta por: uma Enfermeira Chefe com a especialidade em saúde materna e obstétrica, dez enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica e seis enfermeiras graduadas. O horário praticado pelas enfermeiras é de trinta e cinco horas semanais, em regime de turnos, constituindo três equipas ao longo das vinte e quatro horas.

A equipa de auxiliares de acção médica é composta por seis elementos, trabalhando todos eles por turnos.

A secretária de unidade é responsável por todo o trabalho administrativo respectivo ao serviço.

### **Método de Trabalho**

A equipa de enfermagem é coordenada pela Enfermeira Chefe, que elabora os horários quadrisemanais e os planos diários de distribuição de trabalho das enfermeiras.

Normalmente, a equipa do turno da manhã (8H – 16H) é constituída por três elementos, excepcionalmente por quatro. Um dos elementos de serviço é obrigatoriamente uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, que fica como responsável de turno, outro, é o elemento que se encontra de horário fixo (enfermeira graduada) e o terceiro elemento poderá ser uma enfermeira especialista ou uma enfermeira graduada.

Nos turnos da tarde (16H – 24H) e noite (0H – 8H) a equipa é formada por dois elementos, a enfermeira especialista e a enfermeira graduada.

A enfermeira especialista para além de ser responsável de turno, é ainda responsável pela urgência obstétrica e ginecológica, assim como pela prestação de cuidados a todas as grávidas internadas e sala de partos. Os restantes elementos ficam responsáveis pela prestação de cuidados às outras utentes: puérperas, recém-nascidos e utentes internadas do foro ginecológico assim como o apoio à enfermeira especialista.

No internamento de obstetrícia, o puerpério engloba: puerpério normal, patológico e cirúrgico (cesarianas), ficando o recém-nascido em alojamento conjunto com a mãe. Por vezes, o binómio mãe/bebé é quebrado, com o internamento do recém-nascido no serviço de Pediatria, por complicações neonatais. Nestes casos as puérperas podem permanecer junto do seu filho, no serviço de Pediatria (em regime de acompanhamento).

#### **2.4.3. – Vivências no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia**

Diário de um turno realizado por uma enfermeira obstetra, no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HDJMG.

*“Hoje estou a realizar o turno de manhã (8horas – 16horas) a equipa é constituída por três elementos, duas enfermeiras obstetras e uma enfermeira generalista. Iniciei o turno às 8 horas com a passagem de turno das colegas do turno da noite (0H – 8H) a referida equipa era formada por dois elementos, uma enfermeira obstetra e uma enfermeira generalista, a passagem de turno entre enfermeiros tem como principal objectivo transmitir a informação de acontecimentos mais importantes que se passaram durante a noite. As colegas referiram que durante o turno da noite, houve um parto por cesariana, devido a sofrimento fetal e estão internadas duas puerperas, as quais de parto eutócico e que ambas têm os recém-nascidos junto delas, tendo feito aleitamento materno com ajuda das enfermeiras e que cuidam dos filhos com supervisão das mesmas, uma tem alta prevista para hoje e a outra para amanhã. No serviço existem também quatro doentes de ginecologia, duas delas foram submetidas a histerectomia abdominal no dia anterior e por esse motivo ainda estão com repouso absoluto no leito estando previsto levantar*

*progressivo para hoje, as quais apresentaram-se queixosas durante a noite que melhoraram após administração de terapêutica analgésica e as outras duas doentes, têm programado cirurgia para hoje uma a quistectomia e a outra utente a laparoscopia exploradora devido a infertilidade há 9 anos. Na sala de trabalho de parto, foi transmitido existir uma grávida de 36 anos de idade com gravidez de termo, sendo o seu segundo filho, a qual também entrou durante a noite mas que ainda não nasceu o bebé, encontrando-se em início de trabalho de parto com 2cm de dilatação, com BAI (Bolsa Amniótica Inteira), e cuja apresentação fetal é cefálica. Após a passagem de turno a enfermeira responsável de turno, fez a distribuição das utentes por enfermeira. Eu fiquei responsável pela urgência obstétrica e ginecológica, assim como pela prestação de cuidados a todas as grávidas internadas na sala de partos, por este facto tinha à minha responsabilidade a grávida em trabalho de parto, fui junto dela para me apresentar e informá-la que era a enfermeira responsável por ela e pelo seu bebé, aproveitei este período, também, para observar a evolução do trabalho de parto, verifiquei que a utente estava muito queixosa, a qual se encontrava acompanhada pelo marido. Ao observá-la constatei, que estava em altura de realizar analgesia epidural, no caso de a utente pretender este método. A parturiente transmitiu-me que não queria epidural, porque no parto anterior não utilizou esta técnica e deste também não queria. Informei-a das vantagens que poderia usufruir mas que a decisão era sempre sua, no entanto se altera-se a sua opinião, poderia realizar a referida técnica do mesmo modo. Ainda estava a conversar com a parturiente quando fui solicitada por uma auxiliar de acção médica que me comunicou que se encontrava na urgência de obstetria uma utente a necessitar de cuidados. Ao dirigir-me na referida direcção, encontrei uma colega que vinha ansiosa, acompanhando um recém-nascido com cianose generalizada, fui ajuda-la a aspirar o recém-nascido que tinha muitas secreções na naso e orofaringe, obstruindo-lhe as vias aéreas. Depois de o recém-nascido apresentar cor rosada e sem dificuldade respiratória, voltei a dirigir-me para a urgência obstétrica para realizar o atendimento da utente, era uma grávida que se queixava de dores abdominais tendo procurado o hospital porque ainda faltava algum tempo para o bebé nascer, ao pedir o boletim de saúde da grávida, verifiquei que a grávida tinha 34 semanas de gestação, deitei a grávida para realizar um exame, com o objectivo de confirmar se tinha ou não*

contrações (CTG) e tentei tranquiliza-la, pois esta encontrava-se muito preocupada de existir o risco de parto prematuro, deixei a grávida monotorizada ao cardiotocografo e digiri-me à médica obstetra, de serviço, para lhe comunicar da entrada na urgência da utente referida anteriormente. A médica de serviço também tinha iniciado o turno pois foi substituída também de manhã informei-a da existência da parturiente que estava em trabalho de parto e que não queria analgesia epidural e da outra grávida que estava na urgência obstétrica a realizar o CTG, a médica transmitiu-me que hoje também tinha programado vários exames CTG a seis grávidas de termo para vigilância do bem-estar materno fetal. Eram cerca das 10 horas começaram a chegar as grávidas vindas do domicílio para realizar o CTG, fui realizando os respectivos exames ao mesmo tempo vigiando o trabalho de parto da grávida internada e cerca das 11 horas após verificar a existência ds contrações no registo da grávida da urgência obstétrica a médica internou a utente para realizar medicação, com o objectivo de diminuir as contrações para evitar o parto prematuro. Assim procedi ao acolhimento da grávida e prestei cuidados relativos a ameaça de parto prematuro, seguidamente fui junto da grávida que estava em trabalho de parto para a observar e, verifiquei que estava com 6 cm de dilatação cervical, fiquei com a noção técnica de boa evolução de trabalho de parto, entretando fui realizando os vários CTGs às grávidas que foram chegando e as respectivas observações. Cerca das 13 horas acabei de realizar o ultimo exame CTG. Das seis grávidas a médica decidiu realizar internamento a uma grávida, para iniciar indução de trabalho de parto devido ao facto de ter 40 semanas de gestação e do feto ser macrosomico; de imediato uma auxiliar de acção médica, comunicou-me da presença de outra utente na urgência, fui junto da utente que me referiu apresentar hemorragia vaginal e que se encontrava na menopausa contactei a médica de serviço que observou a utente e optou também por realizar uma ecografia, tendo decidido levar a utente ao bloco operatório para realizar curetagem uterina e biopsia, assim preparei a utente para o bloco operatório incluído soro em curso em via periférica mas foi outra colega leva-la ao bloco operatório. Cerca das 14 horas fui novamente observar a parturiente em trabalho de parto e verifiquei que estava com 8cm de dilatação cervical então solicitei a uma auxiliar de acção médica para me ajudar a transferir a grávida para a sala de parto, pois o período expulsivo do trabalho de parto estava para



*breve. Coloquei a parturiente na marquesa do período expulsivo, preparei todo o material necessário para o parto e coloquei a roupa de recém-nascida sob fonte de calor, verifiquei a mesa de reanimação do recém-nascido se estavam tudo em condições para receber o bebê, entretanto chamei a colega que estava responsável para receber o recém-nascido e prestar os cuidados imediatos ao recém-nascido. O futuro pai queria assistir ao nascimento do filho e a auxiliar de ação médica deu-lhe a roupa apropriada para o pai assistir ao parto. A parturiente estava queixosa mas controlada, o pai estava ansioso para conhecer a Joana pois ambos já tinham decidido o nome da bebê, o pai disse-me:*

*- “Sabe sr<sup>a</sup> Enfermeira quem escolheu o nome pra a bebê foi a irmã, ela tem quatro anos” a mãe acrescentou:*

*- “É verdade ela está muito contente de escolher o nome da bebê e ansiosa por conhece-la” eu acrescentei que já não ia demorar muito tempo, porque eu já estava a ver o cabelinho da “Joana” e continuei a conversar com a mãe:*

*- “Maria”: faça mais força para a “Joana” nascer! e olhando também para o pai reparei que estava com uma expressão radiante e ao mesmo tempo com imensa vontade de fazer força para a Joana nascer, eu continuei:*

*- “Não desista “Maria” outra vez mais força e mais força!!, até que aparece a cabeça da “Joana” que começa a chorar, coloquei a “Joana” na barriga da “Maria” e perguntei ao pai se queria cortar o cordão umbilical da “Joana”, o Pai disse-me:*

*“- Quero mas não a magoa?” Eu respondi:*

*- “Não, pode cortar que eu também ajudo”, e assim foi o pai cortou o cordão umbilical da sua 2<sup>a</sup> filha e muito emocionado disse-me:*

*- “Muito obrigado sr<sup>a</sup> Enfermeira, por me ajudar a participar no nascimento da minha filha, e ao mesmo tempo sentir-me útil, eu ao olhar para a mãe Maria os olhos dela brilhavam para a pequenita e disse-me:*

*- “Sr<sup>a</sup> enfermeira, a Joana é tão linda que é parecida com a irmã, eu lembrei-me como é curioso como as mães por mais filhos que tenham não esquecem nenhum, acrescentei:*

- “ Vá... podem dar um beijinho, mas a Joana tem que ir para o quentinho!”. Ambos muito prontos entregaram a bebe à colega que estava à espera de prestar-lhe alguns cuidados e ao mesmo tempo de vesti-la.

De seguida informei que estava a sair a placenta que tinha sido a “casa” da Joana durante as 39 semanas ambos ficaram contentes de conhecer a 1ª casa da Joana, após a saída da placenta “ dequitadura” disse à Maria que tinha de realizar a episiorrafia pois foi necessário um pequeno corte (episiotomia) para ajudar a Joana a nascer, a Maria respondeu-me que estava bem eu disse-lhe e lhe ia administrar mais um pouco de analgésico para a dor ser mesmo intensa, já estava quase a termianar a sutura do perineo e veio a Joana fazer a sua 1ª refeição. A Maria tinha muito colostro e a Joana adaptou-se muito bem à mama, o pai acrescentou “ Srª Enfermeira até parece que a Joana sabia o que ia encontrar! Eu olhei para ambos e pensei como é reconfortante participar do acontecimento mais bonito que existe no mundo o “Nascimento”, foi então que me dei conta das horas já eram 15.45horas, quase horas de passar o turno às colegas seguintes, exausta terminei o meu turno mas realizada e é assim ser Enfermeiro Obstetra no serviço de Obstetrícia/ginecologia do Hospital Drº JMG da ULSNA.

## 2.5 - ESTRATÉGIA DE RECOLHA DE DADOS

Na abordagem fenomenológica, tal como já referimos, os dados nascem das descrições das experiências por quem as vivências, não podendo ser desligadas dos conteúdos, contextos e propósitos dessas experiências, isto é, não são previamente estruturadas. A estratégia seleccionada para a recolha de dados, deve ser adequada ao tipo de estudo e ao tipo de metodologia escolhida, cuja finalidade é responder aos objectivos a que o investigador se propôs. Tal como refere Fortin (1999)” *Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação.*” (Fortin 1999:240)

Tendo em conta as opções metodológicas, nomeadamente a problemática e o paradigma de investigação deste estudo, seleccionamos duas técnicas de colheita de dados, que nos parecem ser as mais pertinentes:

- Entrevista, como técnica nuclear ou principal.
- Observação directa, como técnica complementar

As escolhas por nós seleccionadas parecem ir de encontro às opiniões de (Richardson 1989:160-165) e (Ghiglione e Mathalon 1993:96-97), referindo os autores que a observação e entrevista estão particularmente indicados neste tipo de estudo qualitativo por permitirem descodificar uma realidade, por vezes complexa e extensa.

### 2.5.1 – A Entrevista

De acordo com os objectivos deste trabalho, e indo de encontro à estratégia qualitativa, optamos por uma sistematização rigorosa dos temas inquiridos aos actores do estudo, procurando nas suas respostas, informações fidedignas para a investigação das práticas profissionais dos enfermeiros obstetras no serviço seleccionado, objectivando deste modo a validação das suas respostas, pois como refere Costa (1999) *“o ponto de vista dos actores sociais sobre as suas próprias práticas e as suas próprias representações (...) é um elemento indispensável a associar a outros tipos de informação, (...) obtidos pelo investigador (...)”* (Costa 1999:142)

A entrevista é uma técnica privilegiada na investigação social como refere Carvalho (1996) ao citar Estrela (1990) *“para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer, sob alguns aspectos, os intervenientes do processo (...) procura uma informação, sobre o real, por outro pretende-se conhecer algo dos quadros conceptuais dos dadores dessa informação, enquanto elementos constituintes desse processo”* (Costa 1999:142). Acrescentando ainda Yin (1994), que devido ao facto de se tratar de um estudo de caso, é *“uma das fontes de informação mais importantes em estudos de caso é a entrevista”* (Yin 1994:84).

Fortin (1999) define entrevista como uma conversa *“A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas* (Fortin 1999:245), sendo utilizadas frequentemente em estudos exploratórios-descritivos.

Quivy (1992) é de igual acordo que a *“entrevista permite que o entrevistado exprima as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, retirando-se desta informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.”* (Quivy 1992:193)

Fortin (1999), escreveu que *“ (...) se um investigador quer explorar os sentimentos e as percepções dos sujeitos, no que se refere a situações particulares, estes podem sentir-se mais à vontade em falar do que em organizar o seu pensamento e transmitir os seus sentimentos por escrito”* (Fortin 1999:245), pois como de um tipo de interacção se trata-se entre as pessoas. O mesmo autor refere que a entrevista do tipo qualitativa pressupõe que a perspectiva dos sujeitos é significativa, que se pode conhecer e tornar explícita, e que o entrevistador deve ser suficientemente flexível, colocando as questões da forma que lhe pareça mais adequada, tendo em conta os conteúdos resultantes, constituindo a estratégia dominante para a recolha de dados, sendo essa conversa intencional. (Fortin 1999:245). O que vai de encontro ao que afirma, Bogdan e Biklen (1994) que *“A entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, dirigida por uma das pessoas com o objectivo de obter informações sobre outra”* (Bogdan e Biklen 1994:135)

Polit e Hungler (1995), referem que *“se queremos saber o que as pessoas pensam, sentem ou acreditam, o meio mais directo é perguntar-lhes”* (Polit e Hungler 1995:166). Lobiondo-Wood (2001), diz que *“(...) todos os métodos que envolvem relatos verbais, porém, têm um problema com a precisão. Muitas vezes, não existe forma de saber se o que nos dizem é mesmo verdade, por exemplo, as pessoas são conhecidas por responder a perguntas de uma forma que produz uma impressão favorável. Esse estilo de resposta é conhecido como desejabilidade social. Assim, como não existe forma de dizer se a pessoa que responde está dizendo a verdade ou respondendo de forma socialmente desejável, em*

*geral, o pesquisador é forçado a supor que quem responde está a dizer a verdade”* (Lobiondo-Wood 2001: 35).

Neste sentido, acrescenta Carvalho (1996) *“a entrevista tem várias facetas, assim como finalidades variadas, sendo uma dessas finalidades a recolha de dados de opinião que permitem não só fornecer pistas para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer, sob alguns aspectos, os intervenientes do processo. Isto é, se por um lado se procura uma informação, sobre o real, por outro pretende-se conhecer algo dos quadros conceptuais dos dadores dessa informação, enquanto elementos constituintes desse processo.”* (Carvalho 1996:56).

Como refere Cohen, citado por Carvalho (1996), considerando a entrevista como um diálogo, uma conversa, iniciada pelo entrevistador, *“com o propósito específico de obter informação relevante com vários fins, “permitindo-nos “ saber o que se passa dentro da cabeça de uma pessoa, isto é, medir o que sabe ou o que não sabe (conhecimento e informação), o que gosta e o que não gosta (valores e preferências) e o que pensa (atitudes e crenças)”* (Carvalho 1996:57). Reforçando esta ideia, Fortin (1999) refere através da entrevista os dados são colhidos no seu decurso e desenvolvimento, *“ (...) a análise fenomenológica implica, assim, uma descrição fina, densa e fiel da experiência relatada (...) os dados são colhidos principalmente no decurso da entrevista em Profundidade (...)”*. (Fortin 1999:245)

Concluindo, a entrevista é uma técnica adequada para apreender a perspectiva dos actores sobre a problemática em causa, pois segundo Estrela (1996), Bardin (1997), Vala (1986), Fortin (1999), é uma forma de perceber e diagnosticar preocupações, desejos e experiências dos mesmos na sua singularidade; o que vai de encontro aos objectivos do nosso estudo.

Considerando que, como foi referido anteriormente, a entrevista como sendo uma técnica por excelência na investigação social, *“atribuindo-lhe valor semelhante ao tubo de ensaio na química, e ao microscópio na microbiologia”* (Gil 1989:113); e tendo como pretensão este estudo, privilegiar as percepções das enfermeiras obstetras, a forma como

“cuidam”, optámos pela entrevista semi-estruturada a qual permite “*sondar/clarificar emoções, pensamentos, opiniões e significados subjacentes*” (Quivy 1992:193).

Assim tendo em conta os objectivos do nosso estudo, será utilizada a entrevista semi-estruturada como instrumento de colheita de dados, na medida em que na fenomenologia a entrevista é o modo de eleição para colher dados acerca de um fenómeno, e porque permite um acesso directo à experiência tal qual é vivenciada.

Para Polit e Hungler (1995), “*As entrevistas semi-estruturadas tendem a ser como conversas por natureza*” (Polit e Hungler 1995:167).

No que se refere à preparação da entrevista semi-estruturada, Fortin (1999), defende que, antes da entrevista “*é indispensável elaborar um plano no qual o objectivo geral do tema a cobrir está indicado, assim como os sub-temas, segundo uma ordem lógica*” (Fortin 1999:245).

A entrevista semi-estruturada desenvolve-se a partir de um esquema básico como afirma Quivy (1992), “*não aplicado rigidamente permitindo ao entrevistador uma amplitude de temas e questões a serem explorados durante mesma e dando ao entrevistado a oportunidade de organizar o seu conteúdo*” (Quivy 1992:193), pois como refere Ghiglione e Matalon (1993), “*o investigador tem um quadro de referência mas só o utiliza se o indivíduo esquecer parte do mesmo*” (Ghiglione e Matalon 1993:97), ou seja “*o entrevistado tem a liberdade de expressar-se (...), guiado pelo entrevistador*” (Richardson 1989:165).

Estruturámos previamente o guião da entrevista (Anexo I), tendo em vista a nossa problemática, objectivos e referencial teórico, que se centrará o próximo sub-capítulo.

### **2.5.2 – Guião da Entrevista**

Como refere Fortin (1999) “*utiliza-se um guião de entrevista com as grandes linhas dos temas a explorar, assim são propostas questões pelo entrevistador, mas sem que este forneça uma estrutura para as respostas*” (Fortin 1999:245)

O mesmo autor acrescenta que, entrevistador deve criar um clima de confiança no qual o sujeito se sente à vontade, deve evitar enviesamentos verbais e não verbais durante o

enunciado de uma questão com o objectivo de controlar a qualidade das respostas, mas também estabelecer uma situação interpessoal a fim de motivar o entrevistado. A expressão facial, a posição corporal, o tom de voz e a forma de vestir são elementos que podem transmitir mensagens favoráveis ou desfavoráveis aos participantes, por isso, o entrevistador deve tentar conduzir a entrevista de forma a evitar que estas mensagens a influenciem negativamente. (Fortin 1999:245).

Assim, de modo a obter descrições com significado, sobre as práticas do cuidar da enfermeira obstetra, numa perspectiva holística e que os sujeitos focalizassem suas experiências profissionais, começamos por traçar os objectivos da entrevista, para servir como orientação na elaboração do instrumento de colheita de dados.

Estes objectivos foram traçados, com o intuito de conhecer a opinião das enfermeiras obstetras:

- Identificar o perfil e a representação social do cuidar da enfermeira obstétrica.
- Identificar a dinamização e a articulação entre os cuidados, os ensinamentos realizados e as necessidades das utentes.
- Analisar a importância da relação enfermeira /utente para a melhoria da qualidade das práticas.
- Identificar qual o modelo de prática assistencial adoptado e recursos técnicos mobilizados na operacionalização do cuidar em obstetrícia.

Para validar a entrevista, utilizamos o “*Ensaio/Validação*” (Fortin 1999:250). Testando a clareza e precisão das questões, deste modo o guião da entrevista foi aplicado primeiro a uma enfermeira, o 1º perito (Enfª Chefe do Serviço de Obstetrícia do HDJMG) e o 2º perito (Prof. coordenador da área de Investigação em Enfermagem da Escola Superior de Saúde em Portalegre) a fim de validar as questões da entrevista e aperfeiçoar os procedimentos previstos para a sua realização.

Este Ensaio permitiu-nos:

- validar as orientações do guião no que diz respeito à clareza e precisão, sequência das questões, assim como a sua pertinência face ao objectivo do estudo;

- desenvolver competências em relação à técnica da entrevista;
- desenvolver competências relativamente ao como e quando colocar novas questões, no sentido de clarificar e validar aspectos da entrevista;
- prever a duração das entrevistas;
- treinar a utilização do gravador que foi o meio utilizado para o registo das entrevistas.

Após este Ensaio, as operações deles decorrentes e aplicação de um pré-teste, não sentimos necessidade de reformular o guião da entrevista apresentado anteriormente.

Depois de validada a nossa técnica de colheita de dados torna-se essencial validar o nosso estudo. O estudo em causa é validado através da triangulação, como refere Fortin (1999) pelo que, a triangulação “*é uma estratégia para colocar em comparação dados obtidos com a ajuda de dois ou vários processos distintos de observação, seguidos de forma independente no seio de um mesmo estudo*” (Fortin 1999:322).

Segundo Denzin, citado por Fortin (1999) podemos considerar os seguintes tipos de triangulação:

- *“Triangulação dos investigadores:* *Consiste na participação de dois ou mais investigadores, para examinar os mesmos dados.*
- *Triangulação dos dados:* *É a reunião de dados de diversas fontes no mesmo estudo.*
- *Triangulação das teorias:* *Consiste em utilizar todas as interpretações teóricas possíveis de serem aplicadas, num determinado domínio e servirem assim de referência.*
- *Triangulação dos métodos:* *Consiste em utilizar vários métodos de investigação de um mesmo estudo*” (Fortin 1999: 323).



Como neste estudo utilizamos duas técnicas de colheita de dados, nomeadamente, a entrevista semi-estruturada e a observação, o método de validação dos dados por nós utilizado é a triangulação dos dados.

Segundo Denzin, citado por Fortin (1999), *“a triangulação dos métodos consiste numa colheita de dados utilizando vários métodos, a fim de estudar um mesmo fenómeno”* (Fortin 1999: 323).

Os participantes não devem ser influenciados nem orientados na sua forma de pensar e exprimir-se, no entanto, não devemos permitir que haja afastamento do objectivo do estudo.

Para que os temas a tratar sejam todos abordados durante a entrevista, e para que a condução desta se torne mais fácil, foi elaborado o guião da entrevista, já referido. Assim, o guião da entrevista é constituído por quatro Blocos Temáticos, que focam aspectos fundamentais para dar resposta aos objectivos definidos neste estudo. Acrescentamos ainda um último Bloco Temático para caracterizar a amostra em estudo.

Assim como primeiro Bloco Temático – **Perfil e representação social do cuidar em enfermagem obstétrica** pretendíamos identificar qual o conceito de “Cuidar em Obstetrícia”, e deste modo elaboramos questões no sentido de conhecer a representação social da enfermeira obstetra e a importância da construção de um percurso profissional.

Procuramos ainda saber qual a percepção individual da representação social da enfermeira obstetra e como os sujeitos construíram os seus percursos profissionais.

O segundo Bloco Temático – **Articulação entre os ensinados e as necessidades das utentes** – procuramos identificar qual a importância atribuída aos ensinados e ainda se habitualmente executavam ensinados programados, se atribuíam prioridades às necessidades das utentes e por fim se valorizavam o estado físico e emocional da utente, na execução dos ensinados. Neste Bloco Temático, também quisemos saber se as enfermeiras integravam os ensinados no “cuidar”.

No terceiro Bloco temático – **Relação com o utente na perspectiva da enfermeira obstetra** – tencionamos analisar a importância que era atribuída à relação enfermeira /utente para a melhoria das práticas dos cuidados em enfermagem obstétrica. Para tal,

questionamos quais as barreiras identificadas durante o processo de relação e ainda quais as estratégias mobilizadas para melhorar essa relação. Quisemos ainda identificar de que forma se caracterizava a relação enfermeira/utente, se de superioridade ou de igualdade e de que maneira justificava essa relação.

No quarto Bloco Temático – **Importância da vertente técnica *versus* relacional** – tínhamos como objectivo, identificar o modelo de prática assistencial adoptado e que recursos técnicos eram mobilizados na operacionalização do cuidar em obstetrícia e se hoje se utilizam mais recursos do que á uns anos atrás. Ainda questionamos qual o paradigma adoptado nas práticas profissionais; se durante o trabalho de parto e parto, privilegiava mais a técnica do que a relação humana e de que forma essa opção influencia a imagem da enfermeira obstetra.

As entrevistas decorreram entre 18 de Junho e 27 de Julho de 2007, tendo sido realizadas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre.

Os actores do estudo foram codificados na sigla E<sub>1</sub>...até...E<sub>9</sub>, e foram entrevistados durante as horas de serviço sendo a disponibilidade, essencial para uma menor morosidade de marcação e realização das entrevistas.

As entrevistas decorreram no gabinete da Enfermeira Chefe, que gentilmente o cedeu, o que permitiu que decorressem num clima de tranquilidade, intimidade e confiança, no qual as enfermeiras expressaram de forma aberta e espontânea as suas vivências.

As entrevistas tiveram a duração mínima de 30 minutos e máxima de 60 minutos, não tendo excedido a nossa previsão.

Para legitimar a entrevista, e após uma breve conversa informal, agradecemos às participantes o interesse e a disponibilidade demonstrados para participarem no nosso estudo, clarificámos o objectivo e a finalidade do trabalho, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados. Informámos ainda que os resultados do trabalho, seriam posteriormente dados a conhecer à equipa de enfermagem do respectivo serviço. Foi também explicado o nosso papel durante a entrevista e que qualquer interrupção que fizéssemos, seria no sentido de clarificação ou validação de alguma questão que tivesse

ficado menos clara. A sequência das questões foi, em regra, estabelecida no guião da entrevista.

As entrevistas foram audiogravadas com autorização dos sujeitos, não constituindo obstáculo à comunicação.

Durante a entrevista e inerente ao facto desta ser semi-estruturada, foi-nos possível explorar, aprofundar e clarificar o discurso das enfermeiras (Quivy 1992:193).

Estabeleceu-se uma relação empática e de neutralidade, procurando sempre não se fazer juízos de valor.

Foi uma experiência muito gratificante para nós na medida em que nos permitiu partilhar algumas vivências das enfermeiras entrevistadas.

### **2.5.3 - Procedimentos formais e éticos**

Segundo Polit e Hungler (1995), *“um dos princípios chave da conduta ética na investigação é que a participação deve ser voluntária, bem como a confidencialidade e o anonimato das respostas obtidas, para que a entrevista se desenvolva respeitando os requisitos formais e éticos que permitem que o entrevistado se expresse livremente, com sinceridade, honestidade e sem constrangimento”* (Polit e Hungler 1995:293).

Para a realização das entrevistas foi pedida autorização, de forma formal, por escrito ao Conselho de Administração do Hospital Doutor José Maria Grande /ULSNA/EPE, no qual foi referido o objectivo do estudo pretendido. O pedido foi deferido por escrito (Anexo II).

O preâmbulo tem como objectivo motivar o enfermeiro a participar. Assim, num primeiro momento, é feita a apresentação dos entrevistadores, do tema do nosso estudo, explicada a sua finalidade, clarificados os objectivos da entrevista, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

## OBSERVAÇÃO

Como foi referido anteriormente, seleccionamos como técnica complementar de recolha de dados a observação directa participante, que segundo Fortin (1996) *“permite identificar o sentido social. Esta abordagem requer a imersão total do investigador na situação em estudo”* (Fortin 1996:241). Esta técnica foi facilitada porque nós, como já foi referido anteriormente, integra a equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia onde exercemos a nossa actividade profissional, sendo este o terreno de pesquisa do nosso estudo. Escolhemos esta técnica complementar com o objectivo de enriquecer o estudo com mais informação e também para confrontar o conteúdo das entrevistas com o que nos observamos pois, como afirma Fortin (1996) *“os sujeitos poderiam modificar os suas respostas perante as entrevistas”* (Fortin 1996:242). Acrescentando ainda Lopes (2001), *“a vasta literatura sociológica, sobre esta técnica, é consensual em evidencia-la como a opção metodológica mais adequada para a análise dos processos informais, dado tornar acessíveis ao investigador as complexas mediações que se estabelecem entre os discursos e as práticas e entre as regras formais e as situações concretas”* (Lopes 2001:82). Assim permite em contacto com o grupo *“vivênciar os momentos, situações e acontecimentos significativos, permitindo desta forma ao investigador identificar a forma como os actores compreendem o meio que os rodeia”* (Polit e Hungler 1995:166).

Seleccionamos como período tempo para a observação o mesmo que decorreram as entrevistas entre 18 de Junho e 27 de Julho de 2007, com a permanência enquanto desempenhavam-mos a nossa actividade profissional, indo de encontro com as recomendações de Poisson (1991) citado por Palmeiro (1995), *“O investigador aproveitará as situações que se apresentam, para não se apresentar como um estranho”* Palmeiro (1995:59). Assim a nossa presença foi sentida como natural e ao mesmo tempo familiar pelo problema de interferência no nosso caso tenha ficado minimizado. Foi dado ênfase na observação participante à conversa informal com os actores, às linguagens e interacções estabelecidas com as utentes e suas famílias, bem como com os diferentes grupos profissionais, ao mesmo tempo observamos também as práticas dos actores em estudo com as utentes e actuações da sua actividade profissional independentes e interdependentes com outros grupos profissionais. Desta forma as situações foram acontecendo e a observação foi

surgindo naturalmente porque como refere Costa (1999), “(...) *permanentemente à mão, e à vista, uma realidade social complexa, em toda a sua espessura e diversidade*” (Costa 1999:134).

Organizar, fornecer estrutura e sintetizar os dados da pesquisa ou seja tratamento de dados e sua análise foi o desafio seguinte do próximo sub-capítulo.

## 2.6 - TRATAMENTO DE DADOS

É através da análise dos dados que o investigador consegue descrever e interpretar o conteúdo de toda a classe de documentos, que analisados adequadamente, nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenómenos da vida social, que de outro modo seriam inacessíveis, concordando com Flores (1994) “*é o conjunto de manipulações, transformações, operações, reflexões e comprovações realizadas a partir dos dados com o objectivo de extrair significado relevante em relação a um problema de investigação*”. De acordo com o mesmo autor, os dados obtidos das diversas fontes chegam ao investigador em estado bruto, necessitando então, de ser processados para facilitar a compreensão, a interpretação e a interferência, contempladas pela análise de conteúdo” (Flores 1994:33).

Relativamente à explicitação dos procedimentos relacionados com o processamento/tratamento dos dados e, tendo em conta que estes foram colhidos sob a forma de produções verbais, espontâneas e semi-condicionadas, geradas pelas características anteriormente referidas das entrevistas, tornou-se imperativa a aplicação de uma metodologia do tipo análise de conteúdo, que nos permitiu descodificar as respostas expressas pelas entrevistadas. Assim, após a realização das entrevistas, procedeu-se à análise e interpretação das mesmas, com o objectivo de se poder tirar alguma ou algumas conclusões do estudo.

Para este processamento, utilizámos a técnica que Fortin (1999) aconselha, segundo a qual somos aconselhados a “ (...) *colocar em evidência a experiência vivida pelos entrevistados com a ajuda de uma análise descritiva das significações da linguagem.*”

(Fortin 1999:149). Como tal, tivemos em conta que o entrevistado “ (...) *exprime-se com toda a sua ambivalência e organiza-se em função das suas estratégias cognitivas que estruturam a construção das suas representações*” (Vala 1999:106).

Não descurando Richardson (1989), que afirma “*a análise do conteúdo deve ser eficaz, rigorosa e precisa. Trata-se de compreender melhor um discurso, de aprofundar as suas características (...) e extrair os momentos mais importantes*” (Richardson 1989:172). Visto que o objectivo da nossa investigação é efectuar um estudo fenomenológico, no qual o investigador e os entrevistados estão envolvidos no fenómeno, a abordagem do nosso trabalho irá colocar em evidência os dados obtidos junto destes entrevistados, de modo a criar uma estrutura. Para Polit e Hungler (1995), “ *esta tarefa não é fácil porque requer criatividade e rigor intelectual*” (Polit e Hungler 1995:270).

Desta forma, iniciamos o tratamento dos dados obtidos, através da audição das entrevistas realizadas, com a posterior transcrição integral das mesmas. Este foi um trabalho difícil e lento, mas proveitoso, visto possibilitar-nos evidenciar as ideias chave e proeminentes, coadjuvando na identificação das unidades de análise. Ao longo da intensa e extensiva transcrição das entrevistas, foi possível acrescentar, as hesitações, pausas, risos e relevância das palavras. Por este facto Flores (1994) evidencia a importância da recolha dessa informação ser realizada pela mesma pessoa, “ *a recolha e a análise dos dados em investigação qualitativa, devem ser efectuadas pela mesma pessoa. Os dados qualitativos são ricos em significado e a sua análise e interpretação necessita apoiar-se num conhecimento do contexto em que foram produzidos e das condições de produção*” (Flores, 1994:11)

No entanto, com vista a facilitar a interpretação e aplicação desta técnica, também recorremos a outros autores. Huberman e Miles (1991) acrescenta que a “(...) *análise dos dados consiste no alargamento, triagem, distinção, rejeição e organização destes, de tal forma que se possa tirar conclusões finais e verificá-los (...) a condensação dos dados realiza-se continuamente e à medida que se caminha nesta fase; outras fases aparecem como resumos, codificações, correcções, reagrupamentos, divisões redacções (...) permitindo que se tornem métodos explícitos e sistemáticos capazes de estabelecer*

conclusões e testá-los rigorosamente e que possam ser utilizados por outros pesquisadores” (Huberman e Miles 1991:24).

A este processo de transcrição das entrevistas, posteriormente seguiu-se a transcrição parcial das mesmas, de acordo a preencher a **Matriz de Análise das Entrevistas** (Anexo III), para uma perfeita interpretação e codificação das respostas. Como já foi referido anteriormente, foi identificada com a letra **E**, que tem a significância de “*Entrevistado*” respectivamente E<sub>1</sub>...até...E<sub>9</sub>.

Após uma leitura atenta de cada entrevista, para nos familiarizarmos com o discurso e encontrarmos o sentido do todo, efectuámos uma nova leitura mais pormenorizada de cada entrevista, no sentido de encontrarmos depoimentos significativos. Fomos sublinhando frases e afirmações directamente relacionadas com o fenómeno em estudo. Das frases e afirmações significativas emergiram conceitos e significados, os quais seleccionámos, agrupámos e codificamos, procedendo à identificação e classificação das unidades de registo, “ *la identificación y clasificación de elementos consiste en examinar las unidades de datos para encontrar en ellas determinados componentes temáticos que nos permitan clasificarlas en una u otra categoría de contenido*”, (Flores1994:47), fazendo-se assim, a categorização e a respectiva codificação, como foi referido anteriormente.

Desta forma, o modelo Vala (1999) permitiu-nos identificar os “*temas e as especificações dos temas, denominadas por categorias e subcategorias*” (Vala 1999:113). O que tornou a esquema analítico mais eficiente, foi elaborada uma **Matriz de Codificação Global** (Anexo IV).

Para Vala (1994), “*a análise de conteúdo é uma técnica em que os dados obtidos são dissociados das fontes e das condições gerais em que foram produzidos*” (Vala 1994:104). Perante isto, os dados foram colocados num novo contexto, que construímos com base nos objectivos do nosso estudo, tendo sido nossa preocupação a contextualização dos excertos das unidades de contexto, com vista à constituição de unidades de análise coerentes. De acordo com este autor e coerentemente, a análise das entrevistas foi desta forma, auxiliada pelo “*Somatório das Unidades de Registo*” ( $\Sigma$ ) (Vala 1994:114), mais

significativas, através do desenvolvimento do seu conteúdo e da síntese de todos os desenvolvimentos, tal como Fortin (1999) refere, quando “*aborda o método de análise de dados nos estudos fenomenológicos*” (Fortin 1999:149).

Muito embora tenhamos algumas questões de partida para este estudo, fomos construindo a sua categorização, tendo em conta os conteúdos das entrevistas, em que as variáveis foram sendo definidas de acordo com a análise feita à percepção dos autores anteriormente definidos, no contexto do enquadramento teórico.

Assim, optámos por estruturar as unidades de contexto e de registo, com o propósito de analisar e interpretar as entrevistas, o que pressupôs o recorte do texto nas menores parcelas possíveis com sentido atribuível, que colocámos nas respectivas categorias e que, numa parte dos casos, correspondeu à totalidade da frase.

Para Ghiglione e Matalon (1993), a unidade de registo pode ser definida como “*o segmento de conteúdo mínimo que é tomado em atenção pela análise.*” (Ghiglione e Matalon 1993:120). Por outro lado, de acordo com Bardin (1977), considerámos a totalidade de cada resposta como unidade de contexto, já que “*a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo.*” (Bardin 1977: 56).

Após a exploração do material para análise, em que se realizou a estruturação das unidades de contexto, estas foram distribuídas por categorias e subcategorias. Por último, ilustrámos a nossa análise com excertos exemplificativos das entrevistas e fizemos comentários, (Notas Campo, Observação Participante e Comentários) articulando-os com o quadro teórico desenvolvido anteriormente.



### 3- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Com este estudo pretendemos analisar as práticas do cuidar da enfermeira Obstetra, junto da parturiente, puérpera e família, sob uma perspectiva sociológica, no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Dr. José Maria Grande da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano em Portalegre.

Após a colheita de dados surgiu-nos um grande desafio: analisar a variedade e qualidade dos dados obtidos, obtendo os resultados objectivados nesta investigação, de forma fenomenológica. Segundo Fortin (1999), “(...) *a análise dos dados permite orientar o investigador na sua amostragem de natureza intencional, dando-lhes pistas sobre o que lhe falta descobrir sobre o fenómeno em estudo*” (Fortin 1999:306)

Este capítulo trata essencialmente de organizar os dados existentes, agrupando-os e sintetizando-os para que, apresentados estruturadamente possam ser alvo de análise. Tal como nos refere Vala (1994), “ (...) *trata-se da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso (...)*” cuja finalidade pretende “ (...) *Efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.*” (Vala 1994:110).

Segundo Polit e Hungler (1995), “(...) *não existem regras sistemáticas, universalmente aceites, para a análise e a apresentação de dados qualitativos (...)*” (Polit e Hungler 1995:312). No entanto, torna-se essencial estabelecer uma linha de orientação, com vista à organização de todos os elementos recolhidos que os estudos desta natureza impõem.

Tendo em conta o conteúdo narrativo de cada entrevista, procedemos à categorização dos dados e à sua codificação, de forma a simplificar a informação, organizando os dados de modo a que possam ser trabalhados.

Assim, optámos por apresentar os dados em tabelas compostas, nas quais inserimos os excertos codificados de uma mesma categoria, sob a forma de unidades de contexto,

procurando ilustrar a inclusão de uma resposta nessa mesma categoria. Desta forma, procurámos ultrapassar a fase da descrição e iniciar a fase de explicação e interpretação dos dados, para Gil (1994) “(...) *explicarmos os vínculos contextuais e as generalizações encontradas (...)*” (Gil 1994:85).

Pretendemos, ao longo deste capítulo, ilustrar a nossa análise de conteúdo com as unidades de contexto e de registo mais significativas, tecendo alguns comentários julgados fundamentais e elaborando uma estreita articulação com os diversos sectores do enquadramento teórico desenvolvido anteriormente. Para melhor leitura das tabelas utilizamos o “Somatório das Unidades de Registo” ( $\Sigma$ ), desta forma tentamos simplificar a análise de conteúdo dos entrevistados.

As principais Categorias e Sub-Categorias que constituem o corpo da nossa análise são as seguintes:

- Conceito de Cuidar em Obstetrícia (CCO)
- Representação Social da Enfermeira Obstetra (RSE)
- Importância da Construção do Percurso Profissional (ICP)
- Importância dos Ensinos Realizados (IER)
- Prioridade às Necessidades das Utentes (PNU)
- Valorização do Estado Físico e Emocional das Utente (VEF)
- Integra os Ensinos no Cuidar (IEC)
- Relação Enfermeira/Utente (REU)
- Barreiras Identificadas Processo de Relação (BIR)
- Estratégias Mobilizadas para Melhorar Relação (EMR)
- Atitude de Submissão/Obediência (ASO)
- Paradigma das Práticas Profissionais (PPP)
- Privilegia Técnica /relação Humana (PTR)
- Utiliza Recursos Técnicos (UTR)

### 3.1 – PERFIL E REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CUIDAR EM ENFERMAGEM OBSTÉTRA

O perfil profissional do enfermeiro não tem como ponto de partida a simples execução de tarefas ou técnicas mas sim a pessoa que pensa, reflecte e é capaz de resolver problemas, de acordo com as competências académicas, profissionais e sociais adquiridas, regulando o exercício profissional da Enfermagem, quer nas suas actuações dependentes ou independentes. Nóvoa et al (1992), referem que *“o perfil profissional é constituído por um conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes que um profissional deve possuir em relação à sua situação de trabalho”* (Nóvoa et al 1992:52).

A imagem de um profissional não está agregada a um estereótipo cultural, apesar de nesta profissão específica ainda estar subjacente a imagem da “enfermeira parteira”. A imagem de um enfermeiro é aquilo que notamos primeiro, ou seja, a sua imagem, e a sua postura falam antes de ser pronunciada uma única palavra.

Perante novos desafios sociais, em que a competência profissional e técnica emergem num paradigma de qualidade, são cada vez maiores e mais diversificadas, as exigências que as famílias nos solicitam, tendo obrigatoriamente as enfermeiras de aprender e desenvolver capacidades ao longo da vida. Assim devem adquirir todo um conjunto de competências, privilegiando para tal a situação de trabalho de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração dos diversos saberes multidisciplinares.

Pretendendo identificar o perfil e a representação social do cuidar da enfermeira obstetra, este é um sub-capítulo considerado, particularmente importante para o nosso estudo, já que pode por si só, ser a base de investigação e ao mesmo tempo justificar a problemática a que nos propusemos desenvolver.

Assim, pretendemos analisar as opiniões repercutidas pelas enfermeiras, pois é fulcral cada pessoa ter consciência da sua representação social e dos actos que lhes estão subjacentes, tal como, cada profissional deve reflectir no seu trabalho, no seu desempenho, nas suas intervenções e próprias acções.

Perante as práticas dos enfermeiros obstetras junto da parturiente, puérpera e família, isto é, o seu papel é “posto à prova” perante a sociedade o qual nem sempre tem uma imagem positiva por factores intrínsecos ou extrínsecos a estes mesmos profissionais.

### **3.1.1 – Conceito de cuidar em Obstetrícia**

Assim, pretendemos analisar as respostas obtidas pelas enfermeiras relativamente ao seu conceito de cuidar em obstetrícia, que constitui esta categoria, a qual também se encontra representada no quadro da matriz/síntese apresentada em seguida.

De uma forma geral ao analisar as respostas obtidas, podemos verificar que os enfermeiros entrevistados têm um conceito de cuidar em obstetrícia e o qual está associado às suas práticas e com o conceito de Enfermeira Obstetra, “ *É todo o indivíduo preparado científica e tecnicamente para prestar cuidados de enfermagem específicos à utente (grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido) englobando a família e comunidade no sentido de promover e manter a saúde*”. Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro, descrito no artigo 42º da secção 6 do jornal Oficial da União Europeia de 30/09/05

São exemplo claros desta definição algumas práticas generalizadas tais como:

- **cuidados a ter com o recém-nascido e com a puérpera.**

Ao estudar as práticas do cuidar em enfermagem e a forma como o enfermeiro executa um exercício reflexivo sobre os cuidados prestados, podemos afirmar que um dos factores determinantes da sua prática, vai de encontro ao que afirma Basto e Portilheiro (2003) “ *o sentido que o enfermeiro dá à sua prática está ligado ao seu conceito de cuidados de enfermagem, à forma como concebe a saúde e o ambiente e ainda à concepção que tem de pessoa, como sujeito dos seus cuidados.*”( Basto e Portilheiro 2003:43)

Com base na análise de conteúdo das repostas dos actores em estudo, a maioria (quatro entrevistados), referiram que o seu conceito de “Cuidar” se baseava essencialmente no “Cuidar da puérpera” , ainda assim, também se auto-define cuidadores do “Bebe”ou seja do recém-nascido.

- “... é por exemplo cuidar do bebé...” (E<sub>1</sub>)
- “...tem a ver com formação e educação da mulher para cuidar do bebé e de si própria...” (E<sub>3</sub>)
- “...envolve muita coisa, á mulher grávida, ao recém-nascido, à família...” (E<sub>6</sub>)

As enfermeiras também referem que o conceito de cuidar é contínuo e dinâmico.

- “...apoiar a grávida desde o início da gravidez até ao fim do puerpério e família (E<sub>5</sub>)

Associam ainda o termo holístico no seu conceito de cuidar em obstetrícia.

- “engloba tudo, a grávida, o filho, o pai, os irmãos e a restante família (...) é muito vasto (...) temos cuidados directos, as técnicas e a relação humana. (E<sub>7</sub>)
- “é um cuidar geral (...) é tudo, mãe, pai, família e parte social (...) cuidar engloba tudo, as linguagens, o tipo de língua. (E<sub>8</sub>)

Deste modo posso fazer uma reflexão, que cuidar em enfermagem é ter relação entre o profissional de enfermagem com o utente e não somente tratar a doença da pessoa. É actuar de uma forma holística, tendo em conta todas as dimensões do Ser Humano.

Concomitante a esta filosofia, Sobreiro (1995) refere que “*o modelo de enfermagem tem, da Pessoa, uma visão holística e humanística (...)* o ênfase é colocado na dignidade, dando relevo à Pessoa (...)” (Sobreiro 1995:45).

Tal como afirma Pinto (2005), *“Assim, a primeira regra e o que deve estar na base da humanização é o respeito pelo ser humano que cada um de nós é(...) “Humanizar os cuidados de saúde será, aplicar na prática, o que possa contribuir para o respeito e dignidade de cada pessoa, anulando a discriminação, humilhação (...); humanizar será ter em atenção permanente as condições do exercício da liberdade da utente, que na prática desagua na sua autonomia; humanizar será ainda confrontar a utente com a sua responsabilidade pessoal e incentivá-la nas decisões, sem lhe negar a possibilidade de abdicar desse direito, para confiadamente se entregar ao cuidado dos profissionais de saúde”* (Pinto 2005:3).

Grande parte das enfermeiras, sete no total, englobou a família, no seu conceito de cuidar

- “...cuidar do bebé e depois está a família...”(E<sub>1</sub>)
- “...é tentar ajudar a família ...”(E<sub>3</sub>)
- “começa por uma relação de empatia com a utente e com a família, para podermos chegar á sociedade (...) temos de partir desse princípio. (E<sub>4</sub>)
- “... a família patriarcal diminui e cada vez a mulher tem mais dúvidas em lidar com os recém-nascidos e até com o seu próprio corpo na maternidade(...) cabe então a nós enfermeiras obstetras desempenhar o papel que antigamente as famílias assumiam, ou seja cuidar também das famílias”...”(E<sub>5</sub>)
- “envolve muita coisa, á mulher grávida, ao recém-nascido, à família...”(E<sub>6</sub>)
- “engloba tudo, a grávida, o filho, o pai, os irmãos e a restante família (...) é muito vasto ...”(E<sub>7</sub>)

Esta última opinião vai de encontro ao Código Deontológico do Enfermeiro, contido no Decreto –Lei 104/98 de 21 de Abril. O Código Deontológico é composto por quinze artigos, tendo como princípios orientadores para a actividade dos enfermeiros, o respeito pelos direitos humanos e a qualidade do exercício profissional. Parece-nos pertinente não omitir, nesta reflexão, o artigo relativo à humanização dos cuidados, do referido documento Pinto (2005):

- “O enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:
  - *Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade*” (Pinto 2005:4)

Por sua vez, a “Relação de ajuda”, é referido por quatro enfermeiras:

- “é mais uma relação de ajuda (...) é tentar ajudar a família”(E<sub>3</sub>)
- “o trabalho de enfermeiro é a relação de ajuda que se estabelece, não substituindo a grávida no trabalho de parto mas ajuda-la no sentido das coisas correrem bem”(E<sub>4</sub>)
- cuidar é ajudar a parturiente, mostrar disponibilidade, é mais uma relação de ajuda (E<sub>9</sub>)

Concluindo, estas últimas opiniões, vêm de encontro à posição ética defendida por Benner, citado por Marçal (1998) *“a enfermeira responde ao cliente como uma pessoa e estabelece uma relação de cuidar baseada na realização mútua e na qual há um empenhamento dos dois.”* O mesmo autor afirma ainda que é exigido aos enfermeiros na sua prestação de cuidados um envolvimento e uma preocupação, exigindo ainda uma atitude de solicitude no sentido que *“ dá ao outro o poder de ser aquilo que ele quer ser, isto é o objectivo último das relações de cuidar em enfermagem.”* (Marçal 1998:5)

Segundo alguns autores, o conceito de cuidar é multidimensional e complexo. Para Munhall, citado por Ribeiro (1995), *“é defendido que o desenvolvimento moral deverá ser um pré-requisito ao desempenho dos diferentes papéis dos enfermeiros e para uma prática humanista, centrada no utente, aponta para uma intervenção típica do cuidar”* (Ribeiro 1982:59). Tal leva-nos a pensar que, o Cuidar está associado ao desenvolvimento moral do profissional de enfermagem, surgindo o conceito de advogado do doente, e assim assumindo um novo papel.

Abranger o Ensinar e a Formação, como integrante do processo de “Cuidar em Obstetrícia”, é referido por três entrevistadas:

➤ “... cuidados de obstetrícia abrangem uma grande área, principalmente o ensino “... função de ensinar (...)fazerem as coisas bem, para elas e para os filhos (E<sub>2</sub>)

➤ “ ... no Puerpério, é uma forma de educação e formação (...) é fazer ensinamentos(...) tem a ver com formação e educação da mulher para cuidar do bebé e de si própria (E<sub>3</sub>)

➤ “... cuidar é também fazer ensinamentos ...”(E<sub>5</sub>)

➤ Esta posição é justificada já que (...) como a mulher tem cada vez mais dificuldade em assumir o papel de futura mãe e de mãe, é a enfermeira obstetra que tem de reformular esse papel, de lhe transmitir o que é ser mãe e de como deve fazer para fazer bem esse papel(...) cada vez mais as famílias têm menos filhos, diminuindo as experiências maternas ...”(E<sub>5</sub>)

Estas opiniões encontradas vão também de encontro ao que Pearson (1992), refere *“Esta ajuda garante que a puerpera satisfaça as suas necessidades e que o enfermeiro promova a saúde por meio da educação.”*. No entanto, segundo ainda o mesmo autor, *“(...)o enfermeiro ao ajudar a mãe/família tem que ter também consciência de que não há receitas universais, nem aprendizagens ideais para uma mulher se tornar mãe. Por vezes a ansiedade que as mães desenvolvem ao serem confrontadas pela primeira vez com esta experiência, leva-as a tentar adquirir fórmulas mágicas para utilizarem nos cuidados aos seus filhos.”* (Pearson 1992:74).

O papel do enfermeiro é de extrema importância, no cuidar de uma família, ele intervirá, assumindo a total responsabilidade pelas suas acções como prestador de cuidados e educador.

Por fim a ideia abstracta de que o Conceito de Cuidar “Engloba muita coisa”, é referido por três enfermeiras, de que ilustramos com a seguinte citação:

➤ “...- temos obrigação de fazer mil e uma coisa (E<sub>2</sub>)



Uma enfermeira torna-se um aglomerado de técnicas de enfermagem, sem individualidade, isso previne-a de entrar efectivamente em contacto com a totalidade de cada utente, e oferece alguma protecção contra a ansiedade que esse contacto mobiliza, projectando no utente a importância da adesão às normas e rotinas como sendo indispensável para o seu bem-estar, mas no entanto são indispensáveis para a sua defesa, e o utente concentra as projecções sob risco de ser penalizado. Acrescentando Phaneuf (2005) que “ (...) é preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico.” (Phaneuf 2005:328)

De todas as opiniões veiculadas nesta Categoria, emerge a Matriz/Síntese n.º 1, que apresentamos em seguida.

#### MATRIZ/SÍNTESE N.º 1

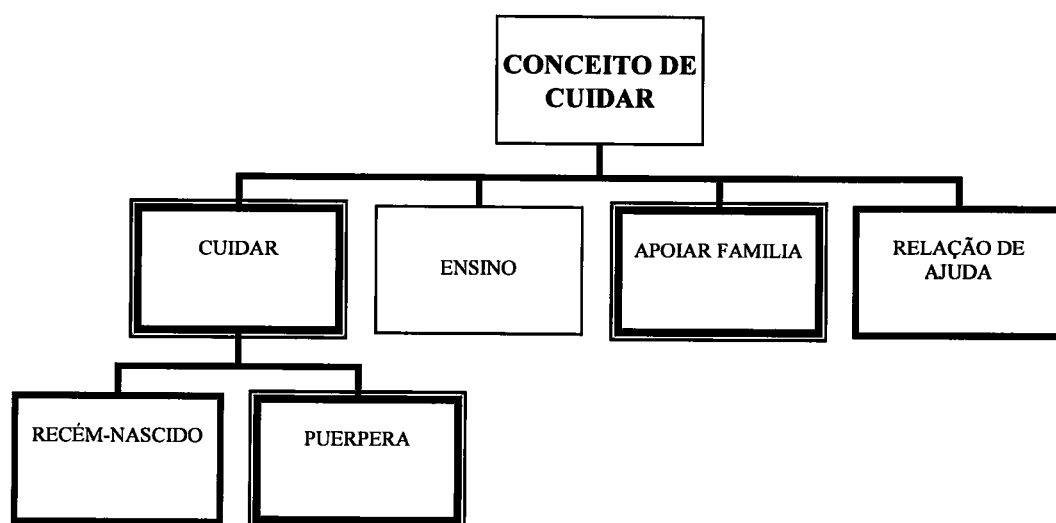
##### CATEGORIA- Conceito de Cuidar em Obstetrícia (CCO)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão											
Cuidar	bebe	X		X			X				7
	puerpera					X	X	X	X		
Ensinar/Formação			X	X		X					3
Relação ajuda				X	X			X		X	4
Apoiar família		X		X	X	X	X	X	X		7
Engloba muita coisa		X	X					X			3

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Em conclusão, e pelo Somatório da Unidades de Contexto, verificamos que ao Conceito de Cuidar em Obstetrícia, está intrinsecamente ligado a Dimensão “cuidar (bebe/recém-nascido, puérpera) ”, e a Dimensão “apoiar a família”, não desprezando dimensões como “relação de ajuda” e “ensino/formação”.

Para melhor compreensão desta Matriz, segue um correspondente esquema, para melhor ilustrar o que se afirmou:



Legenda:

Ligação forte.....	<div style="border: 3px double black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Ligação moderada.....	<div style="border: 2px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Ligação fraca.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

### 3.1.2 – Representação Social da Enfermeira Obstetra (RSE)

A enfermeira obstetra tem feito esforço para deter uma local de destaque na sociedade, a este facto, em Portugal, não alheio todas as conquistas feitas após a revolução de Abril de 1974, em após sucessivas convulsões políticas e sociais, foi publicado em 1991, legislação que tutela o regime legal da carreira de enfermagem (Dec-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro). Com esta publicação e em conjunto com outras, no mesmo sentido, nomeadamente a Directiva 80/55/CEE, de 21 de Janeiro, que aprova as normativas legais da carreira do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e que veio culminar na criação da Ordem dos Enfermeiros, tentou-se criar um conjunto de normas e descrições ético-legais para uma melhor e mais abrangente representação social da enfermeira obstetra.

Mas de que forma estas regras são eficientes ao ponto de influenciar a identidade da enfermeira na sociedade? Passamos então à análise de conteúdo das respostas dos actores em estudo.

Tal como refere Marques, Silva e Santos (2005:25) citando W. Hesbeen, *“essa identidade existe, e, mais do que procurá-la, os enfermeiros deveriam desenvolver uma estratégia para mostrar o valor de todas essas “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem.”* (Marques, Silva e Santos 2005:25)

➤ “...Actualmente essa imagem da enfermeira tem vindo a melhorar... elevar a nossa profissão e a imagem da enfermeira...podemos sensibilizar as colegas(...) para transmitir uma melhor imagem da enfermeira e valorizar sempre a relação da profissional com a utente para termos também sempre uma boa impressão lá fora e chamar cada vez mais grávidas para cá...” (E<sub>1</sub>)

➤ “...Está a melhorar (...) as equipas são mais jovens, com mais disponibilidade (...) a postura e a forma de estar é diferente...” (E<sub>3</sub>)

➤ “...há uns anos atrás tinham uma ideia má, mas essa ideia está a ser modificada, as pessoas têm hoje uma melhor opinião, as enfermeiras hoje são pessoas que ajudam, ouvem, cuidam...” (E<sub>6</sub>)

➤ “... a valorização da imagem da enfermeira obstetra, passa mais por uma relação empática...” (E<sub>7</sub>)

➤ “...a imagem que a utente leva para fora da enfermeira, tem a ver com a relação que teve com a enfermeira de não da técnica, de como foi feito o parto...” (E<sub>9</sub>)

*” Cada especialista deverá sentir-se e saber fazer sentir que é indispensável para o trabalho dessa equipe e, simultaneamente, deverá sentir-se elemento de um corpo profissional que se demarca pela sua importância social” (Pinheiro 2004:6).*

➤ “...a enfermeira obstetra tem um grande peso na sociedade...” (E<sub>2</sub>)

➤ “...o nosso papel social é muito importante e deveríamos desempenha-lo na sua plenitude (...) começando nos Cuidados de Saúde Primários, incluindo escolas, porque essas funções são desviadas para outros profissionais que não têm competências adequadas (...) se a nossa intervenção junto da sociedade fosse precoce, ela olhava para nós de uma forma mais evidente...” (E<sub>5</sub>)

➤ “... nos meios pequenos a nossa imagem tem evoluído melhor do que nos meios grandes, porque nos meios mais pequenos têm uma ligação mais próxima...” (E<sub>7</sub>)

➤ “...a imagem da enfermeira obstetra tem vindo a melhorar (...) aqui no interior as pessoas têm mais confiança em nós, vejo-as menos ansiosas (...) principalmente em pessoas que já nos conhecem, que já aqui passaram (E<sub>8</sub>)

➤ “...nos centros urbanos, há mais problemas (...) principalmente em grupos étnicos diferentes (...)e onde há pessoas que vivem em bairros degradados. Estas são pessoas com mais problemas, grávidas adolescentes, pessoas com dificuldade em aceitar o internamento e a gravidez ...” (E<sub>8</sub>)

É fundamental oferecer cuidados de enfermagem personalizados e individualizados, com conhecimento dos valores, crenças e hábitos de vida de cada utente, de modo a ir de encontro às necessidades e expectativas de cada indivíduo, visto ser a sociedade de hoje multicultural englobando várias etnias. Deste ponto de vista, sabemos que os aspectos culturais, tais como crenças, rituais e suas práticas interferem com a maternidade. Nóvoa et al (1992), referem que *“o perfil profissional é constituído por um conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes que um profissional deve possuir em relação à sua situação de trabalho”* (Nóvoa et al 1992:52).

Tem sido uma realidade, a preocupação que os enfermeiros manifestam por adquirir formação, com o objectivo de melhorar as práticas profissionais junto dos utentes, interrogando o seu saber, pois este é baseado em princípios científicos e concepções teóricas, como afirma Franco (2000) *“(...) já que não poderá haver uma boa formação sem uma boa prática, nem haverá certamente uma boa prática sem uma boa formação, aliás a prática deve ser sempre fonte de formação e a formação deve ter sempre uma importante componente prática”* (Franco 2000:6).

Como afirma Pinheiro (2004:6) *“A formação deverá permitir que o futuro especialista utilize a reflexão e razoabilidade na tomada de decisão para apresentar solução/soluções mais adequadas aos problemas de saúde de cada mulher e família, num determinado contexto e momento”*. Acrescentando a mesma autora, *“(...) a formação deverá garantir os alicerces para a construção de um auto-conceito profissional positivo, e o desenvolvimento de uma cultura profissional que permita a sua distinção quanto ao tipo, qualidade, eficácia e eficiência da actividade profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, no contexto de equipas multidisciplinares”*. (Pinheiro 2004:6)

Numa fase de afirmação do mandato social da enfermeira, como refere Collière (1989), *“(...) houve um período em que as enfermeiras eram atraídas pelo saber fazer, confinando-se ao papel de auxiliar do médico em que o médico era a profissão dominante, confundindo as tarefas específicas que lhes eram atribuídas”* (Collière 1989:92).

A mesma tese é defendida por Silva (2001) *“precisamente na crença de que estes (enfermeiros) devem ter poucos conhecimentos técnicos e muita prática”* Silva (2001:118)

Silva (2001) justifica esse facto”(...) *pelos contextos históricos de submissão á dominância médica”* (Silva 2001:120).

➤ “...Há muitos anos a parteira era a pessoa que fazia partos... hoje, a enfermeira obstetra não é a parteira, é parteira sim senhora porque faz o parto mas não faz só o parto... a enfermeira obstetra é muito mais do que a pessoa que faz o parto...” (E<sub>2</sub>)

➤ “...é confundida com a parteira sem formação (...) se nós dizemos que somos parteiras, olha-nos com um olhar suspeito e, se dissermos que somos enfermeiras, olham-nos com outro ar (...) ainda assim a população não nos vê como enfermeiras mas como parteiras...há alguns anos a relação entre médicos e enfermeiros era de alguma subserviência, as enfermeiras eram incapazes de tomar alguma decisão sem prescrição, nem tinham a noção da sua autonomia. Actualmente existem mais conflitos entre médicos e enfermeiros porque estamos no mesmo patamar. A enfermeira tem tanto poder de decisão como tem o médico e aí surgem os conflitos. Isto é cultural, os médicos habituaram-se a serem os reis e nós estamos a destroná-los e eles não gostam...” (E<sub>7</sub>)

Obstetrícia é tão antiga como a humanidade, podemos considerar que a primeira parteira, foi aquela mulher que aproveitou a sua experiência de parir, para ajudar outra que o estava a fazer, *“(...)o saber da parteira é fundamentalmente um jeito maternal, ela também é mãe, por isso pode ajudar a ser mãe(...) Maia, que em grego designa parteira, significa primitivamente a avó”*. (Joaquim 2002:82).

Mas com esta mudança nas nossas práticas, surgem outros tipos de problemas e conflitos concordando com Sardo e Sousa (2000:9) *“O enfermeiro ao exercer a sua prática fá-lo integrado numa equipa de saúde, que nos coloca inúmeras dificuldades para que possamos exercer as nossas funções como membros de pleno direito, talvez pela nossa*

*tradição de subalternidade, pela real sobreposição do nosso papel com outros técnicos de saúde e ainda pelo recente desenvolvimento da enfermagem como ciência.*” (Sardo e Sousa 2000:9)

➤ “... já vai tendo mais alguma importância, ainda ligam mais ao médico, ainda vêem a enfermeira obstetra como a parteira que faz o parto...” (E<sub>9</sub>)

Também verificamos que nos últimos dados reportados pela INE, se verifica um número exagerado de cesarianas em contraponto com o parto natural, tendo mesmo a Comissão Europeia a aconselhar Portugal para diminuir as Taxas de Cesarianas, o mesmo se passa no serviço onde este estudo foi efectuado (Nota de Campo)

➤ “... a enfermeira obstetra hoje em dia, com desenvolvimento da medicina, com as novas técnicas e com o aumento do número de cesarianas, tem perdido um pouco o estatuto (...) penso que não é muito bom, porque o parto mais natural possível deixa de ter o seu verdadeiro significado...” (E<sub>4</sub>)

Da análise de conteúdo desta categoria, emerge a seguinte Matriz / Síntese:

**MATRIZ/SÍNTESE Nº 2 -**  
**CATEGORIA - Representação Social da Enfermeira Obstetra (RSE)**

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão											
Imagem Actual	melhor	x		x			x	x	x		5
	pior										0
Peso social importante			x			x					2
Estatuto Actual	melhor			x			x	x		x	4
	pior				x						1
Confundida com parteira								x		x	2
Mais aceitação no Interior do país								x	x		2
Subjugado á classe médica						x				x	2
Melhor preparadas		x		x			x	x			4

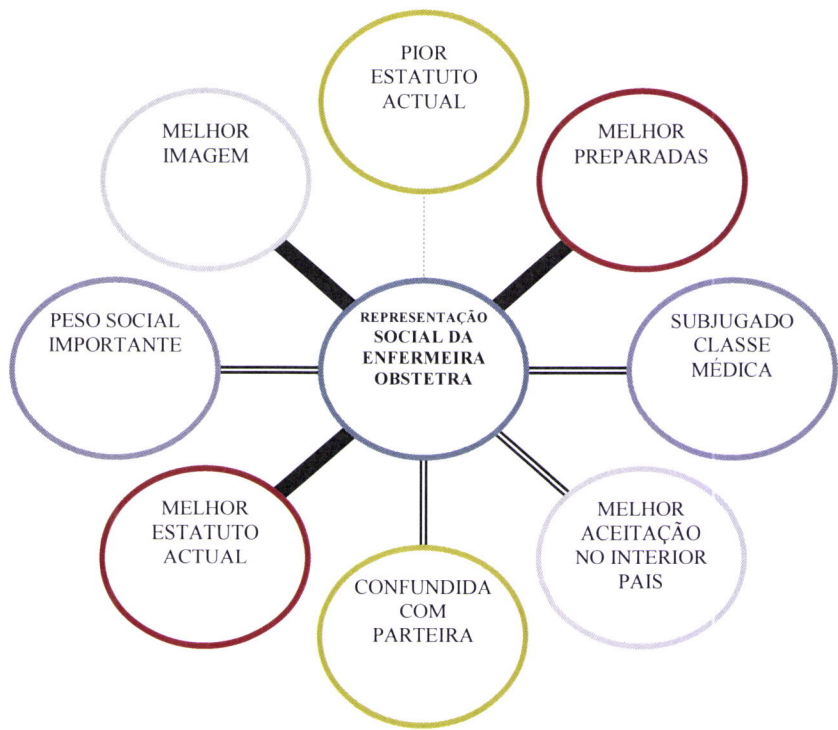
<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Após a análise das respostas, verificámos, perante o Somatório das Unidades de Registo, que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à representação social da enfermeira obstetra são positivas, das quais se destacam uma imagem actual melhorada,



devido ao seu estatuto actual também ser melhor (4) também, duas enfermeiras, referem que a enfermeira obstetra tem um peso social importante(2), principalmente no interior do país ou seja em meios pequenos como é o caso do nosso estudo, referem ainda que, actualmente as enfermeiras estão melhor preparadas(4) para darem resposta a uma sociedade tão exigente, apesar de duas enfermeiras referirem que ainda são confundidas com o estereótipo de “parteiras”, e duas delas referem que a sua representação social está subjugada á da classe médica.

O seguinte esquema ilustrativo, demonstra bem o que afirmamos, em relação a esta Matriz n.º 2



Legenda:

- Ligação forte.....
- Ligação moderada.....
- Ligação fraca.....

### 3.1.3 – Importância da construção do percurso profissional (ICP)

A formação ao longo do percurso profissional é uma realidade nos profissionais de enfermagem, uns por necessidade de actualização de conhecimentos, outros pela ascensão na hierarquia social e outros por gosto por uma especialidade, como é o caso da especialidade de saúde materna e obstetrícia, pois actualmente assiste-se a populações exigentes, conscientes dos seus direitos reivindicando cuidados da enfermagem de qualidade.

Com a análise de conteúdo das respostas dos actores em estudo, verificamos que para a consecução de um percurso profissional com êxito, era condição “*sine qua non*” o interesse pela especialidade, mais especificamente “gosto pela obstetrícia”:

➤ “...esta era uma matéria que gostava muito(...) lutei, empenho-me sempre, gosto do fazer, do contacto com a mãe e com o bebé de ensinar e de dar apoio...” (E<sub>1</sub>)

➤ “... ser enfermeira obstetra porque é realmente dentro da enfermagem a área que eu mais gosto...” (E<sub>2</sub>)

➤ “...para mim Obstetrícia foi sempre um sonho de menina (...) gostei sempre de bebés e de acarinhar os outros (...) quando fui para enfermagem pensei logo em Obstetrícia, se não tirasse esta especialidade não tirava mais nenhuma (...) é uma paixão minha...” (E<sub>5</sub>)

➤ “... sempre gostei muito de Obstetrícia, se calhar tem alguma coisa de genético (...) a minha avó era parteira (...) curiosa na aldeia, (...) eu sempre disse que queria ser enfermeira obstetra...” (E<sub>7</sub>)

➤ “... quando acabei o curso de enfermagem (...) não pensava ir para obstetrícia(...) foi mais pelo cansaço de outros serviços e pelo cansaço das patologias que lá havia, comecei a ficar deprimida pelo sofrimento e pelas situações terminais (...) já fazia um esforço para me aguentar (...) então optei pela VIDA, (...) pela alegria e vim para obstetrícia...” (E<sub>8</sub>)

Todas estas opiniões são apoiadas por Silva (2001) “*para que um indivíduo se possa integrar neste grupo profissional é preciso, não apenas, uma formação adequada,*

*mas também um perfil moral e uma determinada aptidão vocacional estabelecidos pelo seu quadro ideológico” (Silva 2001:113).*

No contexto actual como refere Silva (2001) *“(...) não se pode delimitar o ingresso na enfermagem pela mera vocação, mas sim relacionando com motivação, ou melhor, a motivação particular de cada indivíduo para escolher determinada profissão” (Silva 2001:115)*

➤ “...quando terminei o curso de enfermagem pensei em concorrer á especialidade de obstetrícia, concorri várias vezes e não entrei. Mudei de serviço e só concorri quando abriram outra vez a especialidade...” (E<sub>6</sub>)

➤ “... necessitava de criar motivação na carreira...” (E<sub>3</sub>)

Por sua vez, a constante evolução tecnológica leva à necessidade de adquirir novos saberes no domínio do saber-fazer, oriundos da formação. Tal como refere Abreu (2001) *“(...) as identidades profissionais não são estáticas, evoluem com a história de vida, vão sendo construídas através de escolhas mais ou menos conscientes (...)”*Abreu (2001:95) *“Resultam de interacções entre as estruturas psíquicas individuais e as dinâmicas das estruturas sociais, ao longo de toda a vida do sujeito em sociedade.”* (Abreu 2001:87). O mesmo autor acrescenta, *“Um dos sectores sócio-profissionais cuja trajectória identitária mais se tem transformado, num processo contingente e estratégico onde se destacam (...) a valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros”* (Abreu 2001:149)

➤ “... querer um dia mais tarde adquirir a especialidade circunstâncias académicas e da carreira ...” (E<sub>1</sub>)

➤ “...foi por acaso que concorri para a especialidade (...) apesar de simpatizar com a Obstetrícia (...) foi mais para a progressão na carreira...” (E<sub>3</sub>)

Para melhor compreensão, resumimos esta categoria na próxima Matriz/Síntese:

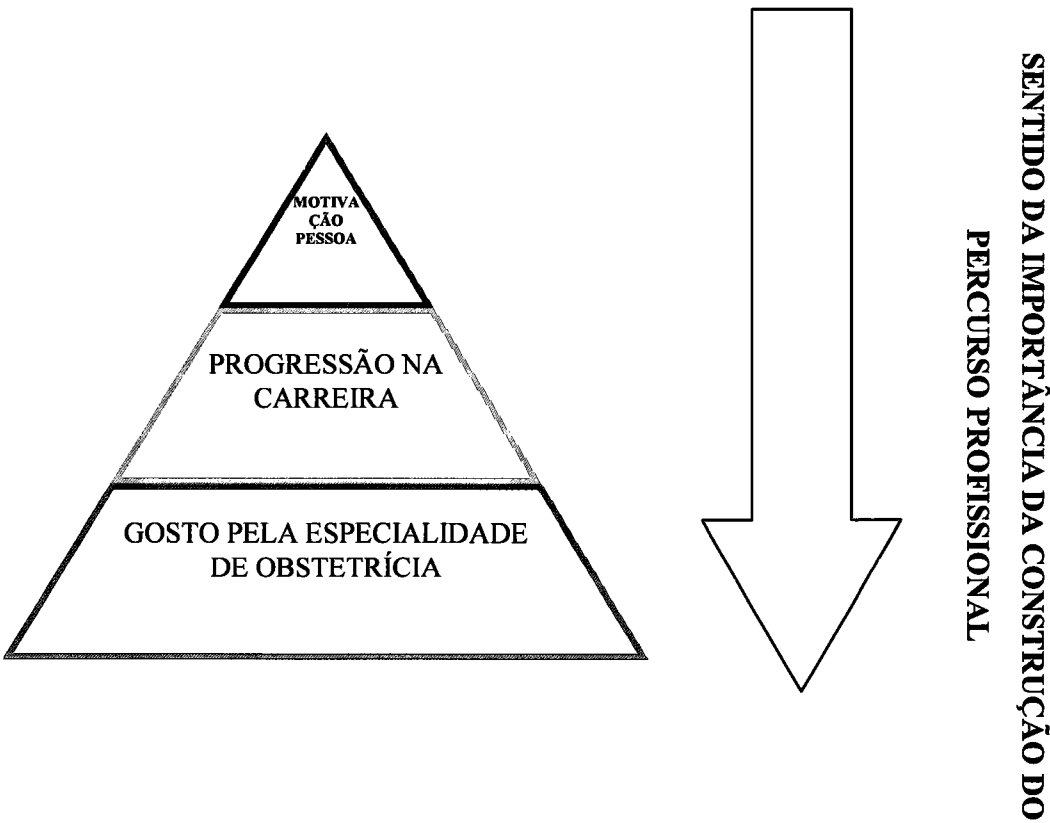
MATRIZ/SÍNTESE Nº 3

CATEGORIA - Importância da construção do percurso profissional (ICP)

Entrevista Dimensão	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Motivação pessoal	X				X	X	X			4
Progressão carreira		X	X	X				X	X	5
Gosto pela Obstetrícia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Juntamente com a Matriz, entendemos que o esquema ilustrativo que se segue explicita bem esta Categoria:



Após a análise das respostas, verificámos que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à importância da construção do percurso profissional da enfermeira obstetra são diversas, das quais se poderão evidenciar por unanimidade o gosto pela obstetrícia, seguidamente a progressão na carreira (5) e a motivação pessoal(4).

### 3.2 – ARTICULAÇÃO ENTRE OS ENSINOS REALIZADOS E AS NECESSIDADES DAS UTENTES

É fundamental oferecer cuidados de enfermagem personalizados e individualizados, com conhecimento dos valores, crenças e hábitos de vida de cada utente, de modo a ir de encontro às necessidades e expectativas de cada indivíduo, visto ser a sociedade de hoje multicultural englobando várias etnias. Deste ponto de vista, sabemos que os aspectos culturais, tais como crenças, rituais e suas práticas interferem com a maternidade.

Este subcapítulo tem como objectivo identificar a dinamização entre os cuidados, os ensinamentos realizados e as necessidades das utentes.

#### 3.2.1 – Importância dos ensinamentos realizados (IER) / Prioridade às necessidades das utentes (PNU)

Em cuidados de saúde, o auto-cuidado implica incutir iniciativa e responsabilidade às pessoas e famílias, para que estas desenvolvam o seu próprio potencial de serem saudáveis. Neste modelo, *“o indivíduo que dá resposta às carências de auto cuidado é o agente do auto cuidado; no adulto maturo, saudável, normal, essa competência é melhor delegada no próprio indivíduo. Porém, o pai/mãe é o melhor agente de auto cuidado do filho recém-nascido”* (Pearson 1992:73). No recém-nascido, são os pais que actuam como agentes de auto-cuidado, o enfermeiro tem o papel de educador dos pais.

Um enfermeiro com largos conhecimentos teóricos pode compreender melhor a situação do utente, mas tal facto não implica que entenda a circunstância da utente.

Com a análise de conteúdo dos entrevistados podemos concluir que a atribuição de importância aos ensinamentos realizados foi unânime e todos consideraram importante a realização desses ensinamentos às utentes.

➤ “...temos obrigação de ensinar (...) mas a intenção é que(...)aprendem alguma coisa daquilo que nós ensinamos...” (E<sub>2</sub>)

Quando atribuem prioridade às necessidades das utentes, as enfermeiras afirmaram que realizam ensinamentos programados e também referiram realizar os ensinamentos mas de acordo com as necessidades das utentes. Este último conceito está de acordo com o Paradigma da Transformação (Observação participante).

Tal como refere Sardo (2005) “(...) *proporcionar um cuidar mais humanizado no nascimento (...) numa assistência que respeita a dignidade das mulheres, a sua autonomia e o seu controlo sobre a situação, e em que os direitos à informação e à decisão informada estejam contemplados(...) a assistência seria centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades das instituições e dos profissionais.*” (Sardo 2005:57)

➤ “...Sim dou, dou prioridade às necessidades, inclusive questiono sempre a utente se é primeiro ou segundo filho, se já teve mais filhos, pergunto o que ela sabe, como é que ela acha que se faz, para tentar melhorar ou relembrar(...) é um período crítico da vida da mulher que traz compensações e alegrias, mas por vezes, pode trazer alguma descompensação a nível de tudo, familiar, social...” (E<sub>1</sub>)

➤ “... é claro que nós executamos ensinamentos programados(...) faz parte das nossas tarefas diárias(...)temos que adaptar o ensino à utente que temos à nossa frente...” (E<sub>2</sub>)

Na realidade, quando a mulher é puérpera e se encontra internada, confronta-se muitas vezes com sentimentos de angústia, perda de auto-estima e de autonomia,

recorrendo, conseqüente e invariavelmente à “(...)enfermeira como suporte creditado das suas dúvidas, receios e ansiedades(...)” (Marlow 1972:364).

Segundo George (1983), “o papel do enfermeiro pode ser definido, como interação, numa situação de enfermagem, em que o enfermeiro como profissional, utiliza habilidades, conhecimentos e valores, identificados com a enfermagem, para a identificação de metas e para o auxílio, no sentido de que a puerpera e família atinjam as suas metas.” (George 1983:300)

➤ “...tento ajudar (...)nas dificuldades, que são muitas, (...) elas às vezes quase entram em pânico (...) também já fui mãe(...) toda a gente usa o Processo de Enfermagem, e são programado os ensinós á grávida(...) dou prioridade aquilo que ela tem necessidade (...) muitas vezes não manifestam, nós é que nos apercebemos (...) dou prioridade aquilo que eu vejo, mas não descuramos outros aspectos...” (E<sub>3</sub>)

➤ “...dou prioridade, eu pergunto o que é que é que a mulher sabe para depois tirar dúvidas (...) muitas vezes relatam experiências desactualizadas que tiveram com outros filhos mais velhos, também se esquecem de ensinós feitos anteriormente (...) os ensinós devem ser direccionados para as necessidades da mulher, pois as dúvidas são diferentes de umas para outras (...) os ensinós têm de ser feitos num ambiente calmo e de confiança (...) é claro que se tornam programados, porque alguns deles são realizados de manhã, sempre á mesma hora (p. ex. banho do bebé)(...) temos que adequar os ensinós á instrução da mulher e não podemos esquecer as experiências anteriores (...) também é importante validar os ensinós para sabermos se as mulheres entenderam os que lhe ensinamos (...) se não, em casa surgem as dúvidas e o choro e as depressões pós-parto, porque se sentem desapoizadas(...) sentem-se incapazes...” (E<sub>5</sub>)

➤ “... tenho ensinós programados, p. ex. a visita da grávida e companheiro à maternidade. Outros não são programados porque em obstetrícia estamos constantemente a fazer ensinós...” (E<sub>7</sub>)

De acordo com as respostas dos entrevistados, podemos referir que os temas mais evidenciados nos ensinamentos realizados pelas enfermeiras em questão, foram do foro do puerpério; da família; do recém-nascido e do trabalho de parto.

Olds (1989) defende que faz parte das competências do enfermeiro “...*fomentar o êxito dos cuidados prestados pelos pais através de reforços positivos e com demonstrações e explicações aos pais.*” (Olds 1989:1133).

➤ “...Aproveito (...) quando estou a prestar cuidados (...), falar sobre os cuidados de higiene, os cuidados perineais, aproveito e falo desse aspecto, os cuidados a ter no internamento e pós alta, o banho do bebé (...) faço ensinamentos sobre o trabalho de parto(...) tento falar com ela do período expulsivo, como se deve comportar nessa altura porque quando chega o momento exacto ela já não houve, porque está com muitas dores...”(E<sub>1</sub>)

➤ “...as pessoas devem estar preparadas enquanto estão na escola a tirar a especialidade, para ministrar os ensinamentos quando a utente e a família necessita...” (E<sub>4</sub>)

➤ “...faço os ensinamentos, quer no puerpério quer no trabalho de parto, tendo em atenção as dificuldades que a mãe tem na altura(...) faço também os ensinamentos programados, como por exemplo o banho do bebé...” (E<sub>9</sub>)



A Matriz/Síntese seguinte explica a Categoria e Subcategoria em análise:

MATRIZ/SÍNTESE Nº 4

CATEGORIA - Importância dos ensinos realizados (IER)

SUB-CATEGORIA – Prioridade às necessidades das utentes (PNU)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão											
Dá importância aos ensinos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
Faz ensinos Programados			X	X			X		X	X	5
Dá prioridade às necessidades		X		X		X		X	X		5
Temas dos ensinos	Trabalho de Parto	X			X	X		X		X	5
	Puerpério	X	X	X	X	X	X	X		X	8
	RN	X		X		X	X		X	X	6
	Família	X		X	X	X	X	X		X	7

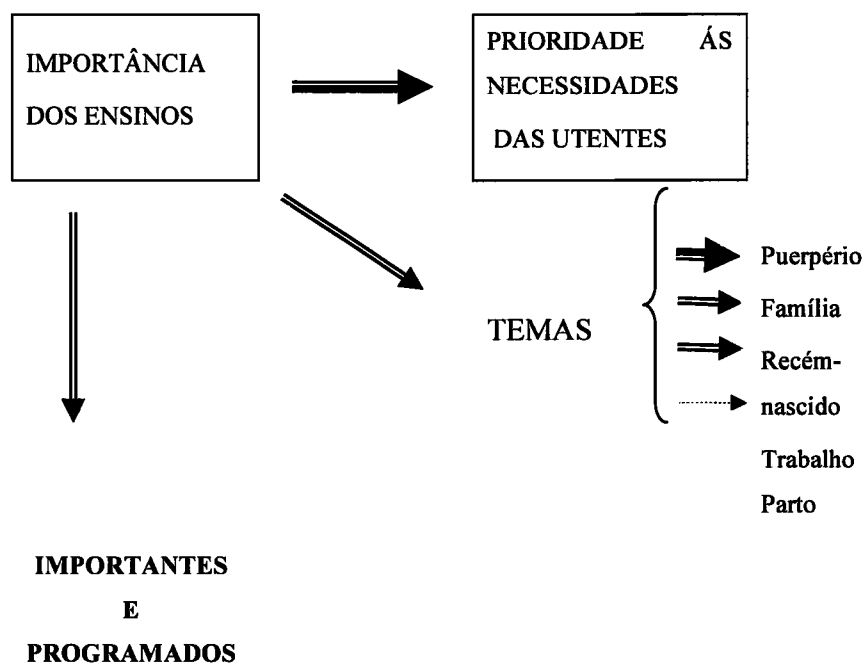
<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Em relação a esta Categoria e após a análise das respostas, verificámos que todos os entrevistados, atribuíram muita importância aos ensinos realizados e também consideraram importante a realização desses ensinos às utentes de obstetrícia.

No que se refere à Subcategoria, (Prioridade às Necessidades das Utes), as Unidades de Registo mais significativas foram: realização de ensinos programados e de

acordo com as necessidades das utentes, sendo os temas mais ensinados os que se relacionam com o puerpério; a família; o recém-nascido e o trabalho de parto.

Segue o esquema ilustrativo referente á Matriz em análise:



Legenda:



### 3.2.2 – Importância dos ensinamentos realizados (IER) / Valorização do estado físico e emocional das utentes (VEF)

O enfermeiro nunca deve direccionar uma mãe a uma tarefa, se perspectivar que ela não venha a ser capaz de a efectuar. A sua actuação deve ser desenvolvida de forma planeada, para que exista uma relação de confiança mútua, incrementando o amor-próprio e a confiança dos pais ao reconhecer as suas capacidades para cuidar do seu filho.

Para a análise de conteúdo desta Categoria, podemos realçar, o facto das enfermeiras, valorizarem o estado físico e emocional das utentes ao realizarem o ensino, as enfermeiras, na maioria, responderam que valorizam mais o estado emocional mas nunca descurando o estado físico.

➤ “...temos que valorizar(...) não vale a pena ensinar, (...)a uma pessoa que não está receptiva, (...)se calhar temos lhe que dar apoio primeiro(...) deixar o ensino para traz e ir à outra necessidade (...)está apenas a precisar que alguém lhe dê a mão...” (E<sub>1</sub>)

➤ “...corpo nunca está desligado da mente, a pessoa é uma só e tem sentimentos, pensamentos e emoções. Tem dor física e tem que realizar um trabalho de parto que muitas vezes é difícil (...) valorizo como um todo...” (E<sub>4</sub>)

➤ “... sim, sem dúvida, se verificar se uma mulher não tem condições de receber um ensino é como se estivesse a “bater” numa pedra (...) tenho de verificar as condições físicas e psicológicas, porque podem estar debilitadas fisicamente mas estarem atentas e, pode haver outras que estando bem fisicamente estão “nas nuvens”...” (E<sub>5</sub>)

➤ “... valorizo muito, principalmente o emocional...” (E<sub>7</sub>)

Estas afirmações vêm no mesmo sentido ontológico de Ziegel (1980), “o *progresso da mãe no sentido de tornar-se independente, não significa que ela não precise da assistência do enfermeiro. Necessitará de orientação e aprendizagem, além de aprovação do trabalho correcto que vier a fazer. Necessitará de repousar, porque a excitação de tentar fazer tudo, poderá levá-la a exceder-se e, assim, deverá ser ajudada a planear períodos de repouso e a determinar os seus próprios limites*” (Ziegel 1980:442).

As enfermeiras referiram ainda que, nesta fase, valorizavam a receptividade da utente:

➤ “...não vale a pena ensinar, (...)a uma pessoa que não está receptiva, ...” (E<sub>1</sub>)

➤ “... é muito importante, se elas não estiverem com disposição de me ouvir não aprendem nada, tenho de ver se elas estão interessadas e o que querem saber ...” (E6)

Pelo que as enfermeiras testemunharam, podemos inferir que esta interacção enfermeiro/família começa na gravidez e continua no parto e puerpério, “...ao mesmo tempo que interage com a mãe, o enfermeiro pode valorizar outra relação interpessoal, a capacidade desta para confiar nas pessoas e de desfrutar das relações, as suas capacidades de comunicação e de todos os seus sentimentos” (Olds 1989:1025).<sup>6</sup>

Perante este cenário, que quotidianamente, as enfermeiras obstetras se confrontam, radicam situações muito diversas, mas prevalecem acontecimentos típicos, nomeadamente as cesarianas, a mulher em trabalho de parto com dor e o puerpério “doloroso”

➤ “...sim, porque há senhoras, como é o caso das cesarianas, que estão muito queixosas e nem sempre estão abertas aos ensinamentos, porque estão a sofrer...” (E9)

➤ “...o estado puerperal é o estado mais crítico que um ser humano possa ter (...) fico muito triste quando muitos profissionais não pensam assim, incluindo os profissionais em obstetrícia, olham para o puerpério como uma coisa menos importante e, dão-lhe menos importância que a gravidez (...) porque o puerpério é uma situação que a mulher passa com alterações bruscas, enquanto que na gravidez essas alterações são graduais (...) no puerpério, a mulher em poucos segundos deixa de ser grávida e passa a ser puerpera com tudo o que lhe trás, física e emocionalmente. Ao ver-se mãe, o papel dela é alterado, quer na família, quer no trabalho e na sociedade, quer ela queira ou não...” (E7)

Bobak (1999), *“o puerpério corresponde assim, ao período de tempo que se inicia após o parto até às seis semanas, durante o qual ocorrem reajustamentos quer a nível biofisiológico e hormonal, quer a nível psicológico. A alteração da imagem do corpo e dos papéis relacionais familiares faz com que este período seja crítico do ciclo de vida da mulher, constituindo por si só um autêntico teste de saúde mental.”* (Bobak 1999:457)

Segundo Soifer (1984) *“a abordagem do puerpério está, patente numa situação de limitação entre o perdido (a gravidez) e o adquirido (o filho). Por outro lado a mãe vê-se interiormente forçada a um processo regressivo de modo a poder criar e compreender o bebé”* (Soifer 1984:63)

Em seguida é apresentada a Matriz/Síntese n.º 5 referente à análise de conteúdo desta Categoria

MATRIZ/SÍNTESE Nº 5

CATEGORIA - Importância dos ensinios realizados (IER)

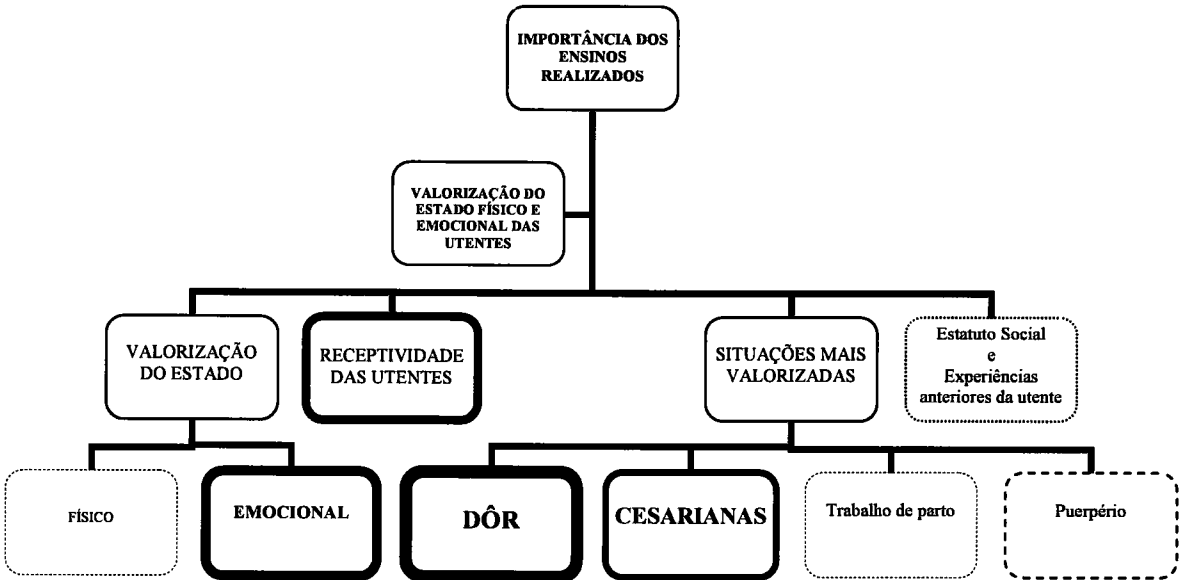
SUB-CATEGORIA – Valorização do estado físico e emocional das utentes (VEF)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão											
Valoriza preferencialmente estado	Físico	X		X		X			X		4
	Emocional		X	X	X	X		X	X		6
Valoriza experiências anteriores		X									1
Valoriza estatuto social da utente		X									1
Valoriza receptividade da utente		X	X			X	X				4
Situação que mais valoriza	Trabalho de				X						1
	Cesarianas	X								X	2
	Dor	X			X					X	3
	Puerpério							X			1

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Após a análise do Somatório das Unidade de Registo, verificámos que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à categoria, no que se refere à importância dos ensinamentos realizados foi unânime e todos consideraram importante a realização dos ensinamentos às utentes em obstetrícia. No que se refere à subcategoria, relativamente se valorizam o estado físico e emocional das utentes ao realizarem o ensino, as enfermeiras responderam na maioria que valorizam mais o estado emocional (6) mas valorizando o estado físico (4). As enfermeiras referiram ainda que valorizavam a receptividade da utente (4), referiram ainda mas também em menor número o estatuto social da utente(1) e experiências anteriores(1). No que se refere às situações que foram mais valorizadas pelas enfermeiras foram as utentes com dor(3); cesarianas(2) e em menor número o trabalho de parto(1) e puerpério(1).

Passamos então ao esquema ilustrativo referente a esta Subcategoria:



Legenda:

- Ligação forte.....
- Ligação moderada.....
- Ligação fraca.....

### 3.2.3 – Integra os ensinios no cuidar (IEC)

De acordo com a Directiva Comunitária já referida anteriormente, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e todo o indivíduo preparado científica e tecnicamente para prestar cuidados de enfermagem específicos ao utente (grávida, parturiente, puerpera e recém-nascido) englobando a família e comunidade no sentido de promover e manter a saúde.

A sua acção deve envolver: educação para a saúde não apenas à grávida mas também à família e comunidade e abranger as áreas de planeamento familiar e ginecologia

A sua preparação técnico/científica confere-lhe a capacidade de: analisar, planear, programar, executar e avaliar cuidados de enfermagem, tendo em conta além das necessidades físicas, espirituais e sociais, os factores emocionais e culturais da utente. Esta preparação passa também pela investigação científica na área de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

O enquadramento legal da carreira do EESMO (enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica), segundo as normativas legais da CEE para o exercício das actividades das parteiras reporta-se ao Artigo 4º da Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro <sup>4</sup>determina que “os estados-membros assegurarão que as parteiras se encontram habilitadas, no mínimo, para acederem às actividades a seguir enunciadas e ao seu exercício:

- 1. informar correctamente e aconselhar em matéria de planeamento familiar;*
- 4. estabelecer um programa de preparação dos futuros pais tendo em vista a sua nova função, assegurar a preparação completa para o parto e aconselhá-los em matéria de higiene e de alimentação;*
- 9. cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos úteis para tratar do recém-nascido nas melhores condições;*

---

<sup>4</sup> in Revista Ordem dos Enfermeiros nº17



As respostas das enfermeiras em estudo corroboram no mesmo sentido, em relação a esta temática em estudo:

➤ “...integro totalmente, o ensinar é cuidar, os ensinios fazem parte integrante do cuidar(...)eu ao estar a cuidar fisicamente uma doente, (...) aproveito essas momentos para os ensinios...” (E3)

➤ “...sim, não existe enfermagem sem ensinios, nós ensinamos como fazer e para quê fazer...” (E5)

MATRIZ/SÍNTESE Nº 6

CATEGORIA - Importância dos ensinios realizados (IER)

SUB-CATEGORIA – Integra os ensinios no cuidar (IEC)

Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão										
Articulação Ensinios/Cuidar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
Integração como agente facilitador da prática de enfermagem		X	X		X					3

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Após o somatório da Unidades de Registo, verificámos que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à subcategoria, Integra os Ensinios no Cuidar (IEC), foi unânime e todos consideraram importante a realização dos ensinios porque faz parte integrante do cuidar, evidenciando que é um agente facilitador da prática de enfermagem.

De acordo com o esquema ilustrativo, tentamos representar o que afirmamos:



### 3.3 – RELAÇÃO COM A UTENTE NA PERSPECTIVA DA ENFERMEIRA OBSTETRA

“Ser Mãe” é sem dúvida uma das mais difíceis etapas na vida da mulher, tal situação como refere Afonso (1998), *“implica um certo estado de dependência parcial, facto que associado a cada vivência, constitui um dos principais motivos que transforma a experiência do parto, de algumas mulheres, em experiências negativas e traumatizantes.”* (Afonso 1998:26)

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, pelo facto de permanecer 24 horas por dia junto das utentes, é um dos pilares principais para as futuras mães ou para as mães recentes, podendo estabelecer uma relação de ajuda em todos os momentos do trabalho de parto, parto e puerpério.

Pretendendo analisar a importância da relação enfermeira obstetra/utente para a melhoria da qualidade das práticas, este é o principal objectivo deste subcapítulo.

### **3.3.1 – Relação entre enfermeira/utente (REU) / Barreiras identificadas durante o processo de relação (BIR)**

Perante a Categoria Relação com a utente na perspectiva da enfermeira obstetra (REU) e subcategoria Barreiras identificadas durante o processo de relação (BIR), apresentamos em seguidas as Unidades de Contexto que mais se evidenciaram

➤ “... nunca encontro grandes barreiras porque contacto muito com as utentes(...)quando a família está implicada, há aí por vezes uma barreira(...),ideias da família o que pensam e o que sabem vão contrapor aquilo que agente diz ou acham menos mal ou menos bem aí é que há barreira...” (E1)

➤ “...a pessoa quando entra no hospital só tem Direitos (...) não tem Deveres(...) isto é agravado pela Comunicação Social(...)faz parte da educação de uma pessoa, não se muda á porta do Hospital...” (E2)

➤ “...não identifico muitas barreiras, talvez a falta de conhecimentos por parte das utentes em determinados assuntos (...) hoje em dia não vejo grandes barreiras que interfiram no cuidar entre utente e o profissional...” (E3)

➤ “...quando existe uma abertura por parte dos profissionais e desde que não hajam estereótipos, as barreiras são desvalorizadas (...) o enfermeiros ao nivelar-se ao nível da pessoa, com os conhecimentos que tem, e prestando a ajuda, quando necessária, não há barreiras que resistem ...” (E4)

➤ “... a maior barreira para mim é o silêncio, quando uma mulher não me responde, não fala comigo e não me questiona, eu fico na dúvida se ela sabe ou não sabe (...). Aquela mulher que fala muito eu não tenho problemas de a entender (...). Aquela que está no silêncio e o seu rosto transmite medo e insegurança eu tento puxar por ela e ela mantém-se na sua “conchinha”, o silêncio é a única barreira que encontro(...) se não houver relação entre enfermeira/utente não há comunicação e se não houver comunicação não há cuidados, é como uma “equação (...) se não cumprirmos estas regras não existe cuidar...” (E5)

Perante estas últimas respostas e considerando a relação de ajuda como um processo interactivo, de mútua reciprocidade, impõe-se um envolvimento de ambos os intervenientes. Segundo Lazure (1994) “ *o processo de relação de ajuda deve pertencer tanto ao cliente como à enfermeira*”( Lazure 1994:14)

➤ “...só nos casos em que a utente cria ela própria uma barreira, aquelas que não querem ser ensinadas, as que não seguem os conselhos...” (E6)

➤ “... dou muita importância (...) porque essa relação tem que ser muito próxima (...) muito de toque e muito de carinho. É mais importante para as utentes uma relação próxima, empática, uma festa, um “mimo”, uma palavra de conforto, do que uma técnica muito bem executada. Eu posso executar uma técnica muito mal, mas a utente não conhece a técnica, para ela é como a técnica tivesse sido bem executada e se descurar o cuidar mais humana, ela sente(...) a relação empática é uma relação terapêutica ...”(E7)

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de carinho. Tal como refere Gandara e Lopes (1994), “*(...)de alguém com quem falar, de alguém que a ouça activamente, ou então simplesmente que lhe*

*segure na mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso, revelando-lhe que não está sozinha”* (Gandara e Lopes 1994:44)

➤ “...as barreiras são mais a nível técnico do que emocional, se soubermos ouvir, e tivermos muita calma, consegue-se manter uma boa relação, enquanto a nível técnico as barreiras não são ultrapassáveis...” (E7)

Na relação de ajuda é importante que se entenda o outro como pessoa com direitos e competências, e que tem necessidades de cuidados que importa desde logo identificar, pois é no momento dessa identificação que a actividade de cuidar se inicia. No entender de Machado (1995) *“não é possível conhecer as necessidades do utente sem entrar em relação com ele, e é esta a natureza relacional entre quem presta e quem recebe os cuidados que vai contribuir, (...), para uma nova visão da enfermagem”* (Machado 1995:51)

Nesta relação de reciprocidade, e para que haja a prestação de cuidados de qualidade, tendo por base a relação de ajuda, *“...a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente do seu problema de saúde, é o único detentor de recursos básicos para os resolver.”* (Lazure 1994:13).

➤ “...a linguagem pode ser uma barreira, quem não fala Português, as pessoas com nível socio-económico baixo, as adolescentes que recusam os internamentos...” (E8)

➤ “...é aquela história do ajudar, não substituir, mas ajudar e demonstrar disponibilidade para tirar qualquer dúvida que ela sinta...” (E9)

Resumindo, podemos concordar com Lazure (1994), *“que afirma que o acto de ajudar impõe exigências às quais o enfermeiro que escolheu esta profissão não se pode*

*abstrair, como por exemplo: dar o seu tempo, a sua competência, o seu saber, o seu interesse e a sua capacidade de escuta e compreensão” (Lazure 1994:14). Em suma, “dar uma parte de si mesmo” como afirma Nogueira, Carvalho e Mendes (1995:59).*

MATRIZ/SÍNTESE Nº 7

CATEGORIA - Relação enfermeira/utente (REU)

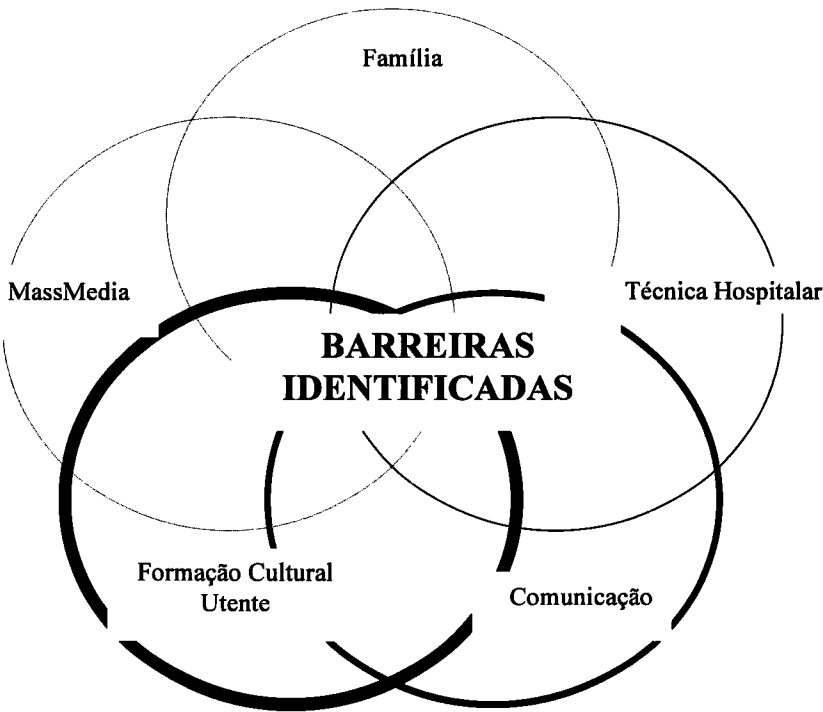
SUB-CATEGORIA – Barreiras identificadas durante o processo de relação (BIR)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão											
Valorização de barreiras	Sim		X					X			2
	Não	X		X	X						3
Caracterização das barreiras	família	X									1
	Comunicação Enfermeiro/utente				X	X	X	X		X	5
	Formação cultural da		X	X	X		X	X	X	X	7
	Comunicação social		X								1
	Técnica hospitalar			X			X	X			3

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Após a análise das respostas e somatório da Unidades de Registo, verificámos que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à categoria, relação enfermeira obstetra/utente foi unânime e todos consideraram-na importante o seu estabelecimento efectivo. Mais especificamente, no que se refere à subcategoria, Barreiras identificadas durante o processo de relação, as enfermeiras identificam algumas barreiras que impendem uma boa relação entre enfermeiro/utente, apesar de não as valorizaram muito. No que diz respeito à caracterização dessas mesmas barreiras, identificaram a formação cultural da utente (7), deram também evidência à comunicação enfermeiro/utente (5); à técnica hospital e por ultimo à família e à comunicação social.

De seguida, apresentamos o respectivo esquema ilustrativo referente a esta Categoria:



Legenda:

- Ligação forte..... **thick line**
- Ligação moderada..... **medium line**
- Ligação fraca..... **dotted line**

### 3.3.2 – Estratégias mobilizadas para melhorar a relação (EMR)

Perante a Categoria Relação com a utente na perspectiva da enfermeira obstetra (REU) e subcategoria Estratégias mobilizadas para melhorar a relação (EMR), apresentamos as Unidades de Contexto que nos suscitaram mais interesse, sob o ponto de vista analítico.

➤ “...A relação enfermeira utente é muito importante, porque daí vem a nossa representação da imagem da enfermeira obstetra (...) sensibilizar as colegas (...)tentar despertar colegas que tenham menos capacidade de empatia(...) estar aberta às informações que ela nos transmite não só verbais como não verbais o que é muito importante(...) incutir o máximo de confiança, empatia acima de tudo e tentar transmitir que nós estamos aqui que é para ajudar, para a ensinar...” (E<sub>1</sub>)

➤ o mais importante é fazer com que a utente não se sinta constrangida na relação, desde que haja movimentos de superioridade na relação, se há problemas ela não os diz e a relação está cortada á partida(...) dependendo do nível sócio-cultural da pessoa e hoje em dia com a quantidade de estrangeiros que vêm para o nosso país e grávidas que entram nas nossas maternidades, penso que mais e mais se temos que baixar ao nível sócio-cultural das pessoas...” (E<sub>4</sub>)

➤ “...quando encontro uma “conchinha” fechada, tento entrar na brincadeira e descontraí-la e fazer com que a senhora se sinta mais calma e mais segura...” (E<sub>5</sub>)

➤ “...tento conversar mais com a utente, estabelecer uma empatia com a utente, é mais a conversa...” (E<sub>6</sub>)

➤ “...como estratégias, ultrapasso a dificuldade de comunicação linguística pela comunicação gestual, nos outros problemas, gosto de abordar a relação pela brincadeira e pelo humor...”(E<sub>8</sub>)

➤ “...as estratégias é: não mostrar essa superioridade, e elas sentirem-se que estamos aqui para ensinar o que elas não sabem e transmitir confiança (...) aquela confiança para se sentirem á vontade para tirarem dúvidas...” (E<sub>9</sub>)



Desta forma, segue-se a Matriz/Síntese com as Dimensões que mais se evidenciaram:

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 8

#### CATEGORIA - Relação enfermeira/utente (REU)

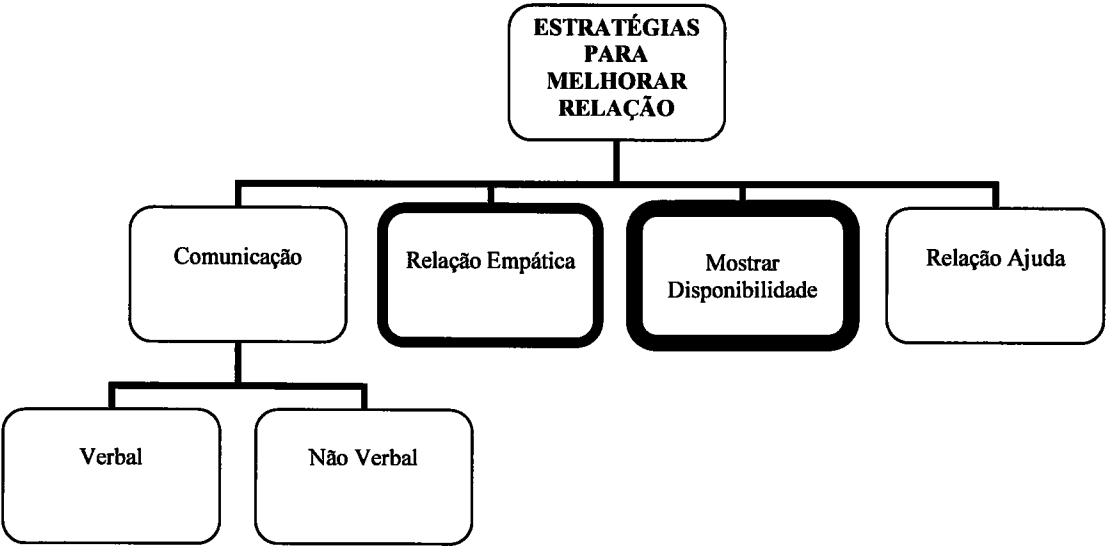
#### SUB-CATEGORIA – Estratégias mobilizadas para melhorar a relação (EMR)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão											
Comunicação	Verbal	X	X			X	X				4
	Não verbal	X		X				X	X		4
Relação empática		X	X				X	X	X		5
Mostrar disponibilidade		X			X	X		X	X	X	6
Relação de ajuda		X			X					X	3

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Após a análise das respostas, verificámos que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à sub-categoria, estratégias que mobilizam para melhorar a relação entre enfermeiro/utente, convergem num mesmo sentido, isto é: que devido à importância que tem o estabelecimento de uma eficaz relação com a utente, torna-se por esse facto, necessário recorrer a estratégias para ultrapassar as dificuldades de uma relação efectiva entre enfermeira/utente. As enfermeiras entrevistadas consideram tão importante a comunicação verbal como a comunicação não verbal, evidenciando que é um agente facilitador para uma boa relação a enfermeira/utente mostrar disponibilidade; estabelecer uma relação empática e uma relação de ajuda com a utente.

De acordo com a nossa análise, segue-se o esquema ilustrativo:



Legenda:

Ligação Muito Forte.....	
Ligação forte.....	
Ligação moderada.....	
Ligação fraca.....	

### 3.3.3 – Atitude de Submissão e Obediência (ASO)

Podemos pensar que a enfermagem, como refere Silva (2001), “ *é prisioneira da própria estrutura política e institucional dos hospitais, restringendo as possibilidades de afirmação do seu profissionalismo, nomeadamente no estabelecimento de uma relação de cuidar mais efectiva e plena com o doente*”. O mesmo autor, que seguimos, refere ainda que “ *os conflitos e a competição entre profissionais devem ser vistos como o motor de desenvolvimento profissional, para além de funcionarem como condições que mostram a necessidade de interdependência entre os diversos grupos profissionais*” (Silva 2001:144).

➤ “...vai um pouco das mentalidades que tem um médico e que tem a enfermeira(...) há utentes que vivem na periferia em meios pequenos, quando chegam ao hospital(...) O Srº Doutor e a Srª Enfermeira, têm um certo respeito, têm um estatuto superior para elas(...)há outras utentes com estudos de ensino superior que já não nos vêm com essa imagem com superioridade (...)não há muita escolha a utente acaba por ter que seguir muitas vezes aquilo que nós dizemos que tem que fazer, não é que ela tenha muita hipótese de escolha, mas tem que fazer, mas explicar-lhe bem o porquê e o motivo e porque tem que ser assim, porque é que não pode ser de outra maneira...” (E<sub>1</sub>)

Ainda como profissão que é, a enfermagem, numa perspectiva relacional e inter accionista entre a sociedade e os utentes, como afirma Silva (2001) “ *deva ser analisada no quadro das relações de poder que estabelece com outras ocupações, com os consumidores e o empregado*” (Silva 2001:136)

➤ “...a nossa posição é diferente das utentes (...) elas estão cá porque precisam(...) A posição das enfermeiras é superior á das utentes (...)não como pessoas, mas sim devido a regras do Serviço(...) temos regras a cumprir e elas também (...) para o trabalho ter frutos e para bem delas...” (E<sub>2</sub>)

➤ “... por vezes existe superioridade, mas não devia, isto ás vezes é intrínseco ao profissional de saúde(...) Quanto mais igualdade existe, mais empatia existe...” (E<sub>4</sub>)

➤ “...eu entendo que tenho poder sobre a mulher porque tenho mais conhecimentos que ela e tenho mais experiência (...) no entanto não posso desvalorizar as suas experiências próprias...” (E<sub>5</sub>)

Ainda para Silva (2001), “*qualquer uma destas formas de poder dos profissionais está o saber, o poder do saber*” referindo o mesmo autor que “a capacidade de poder e monopólio de serviços encontram-se na produção de saberes de natureza técnico-científica.” (Silva 2001:138)

➤ “...na obstetrícia é a área da saúde onde existe menos distância de relação, apesar de haver sempre diferença de relação (...)o que está enfraquecido recorre ao hospital e o outro que o recebe é mais forte, aquele que sabe da doença do outro tem o poder de a tratar, a enfermeira obstetra exerce esse poder. Os outros enfermeiros, não exercem tanto esse poder porque têm menos autonomia, enquanto que nós temos uma grande autonomia(...) a relação de poder é sempre benéfica (...) se não caímos no caos (...) tem de haver patamares e hierarquia, se não era um hospital em autogestão...” (E<sub>7</sub>)

Esta última resposta, está justificada no contexto da prática (organização hospitalar), já que a enfermagem não está apenas “*delimitada pelos efeitos de dominância médica, mas também pelas regras e procedimentos burocráticos das administrações hospitalares e das políticas de saúde, controlando assim, os recursos disponíveis para que a enfermagem possa desempenhar em pleno a sua actividade*” (Silva 2001:144) e, ainda no mesmo seguimento ideológico, encontramos mais uma entrevistada, que se revê numa actuação de acordo com o mandato social e profissional, em que assume um “papel”, quer dizer de acordo com um código ético e regulamentar do seu exercício profissional.

➤ “...não de superioridade, mas é lógico que eu sou enfermeira e ela é a utente, e a enfermeira faz o seu papel...” (E<sub>9</sub>)

No entanto nem todas as enfermeiras são da mesma opinião em relação à atitude de submissão e obediência por parte das utentes. Estas opiniões podem ser justificadas pelas novas corrente do pensamento e mudança do paradigma do papel que o utente/doente assume actualmente. É hoje uma pessoa mais esclarecida, passou de um papel passivo para um activo, com maior poder reivindicativo, exige qualidade e tem direitos consagrados na Lei (Notas de Campo).

➤ “...depende das pessoas (...) hoje em dia não há muitas diferenças...” (E<sub>3</sub>)

➤ “...não acho que não, só em questão de conhecimentos. Nós estamos aqui para trabalhar não para mandar...” (E<sub>6</sub>)

## MATRIZ/SÍNTESE Nº 9

CATEGORIA - Relação enfermeira/utente (REU)

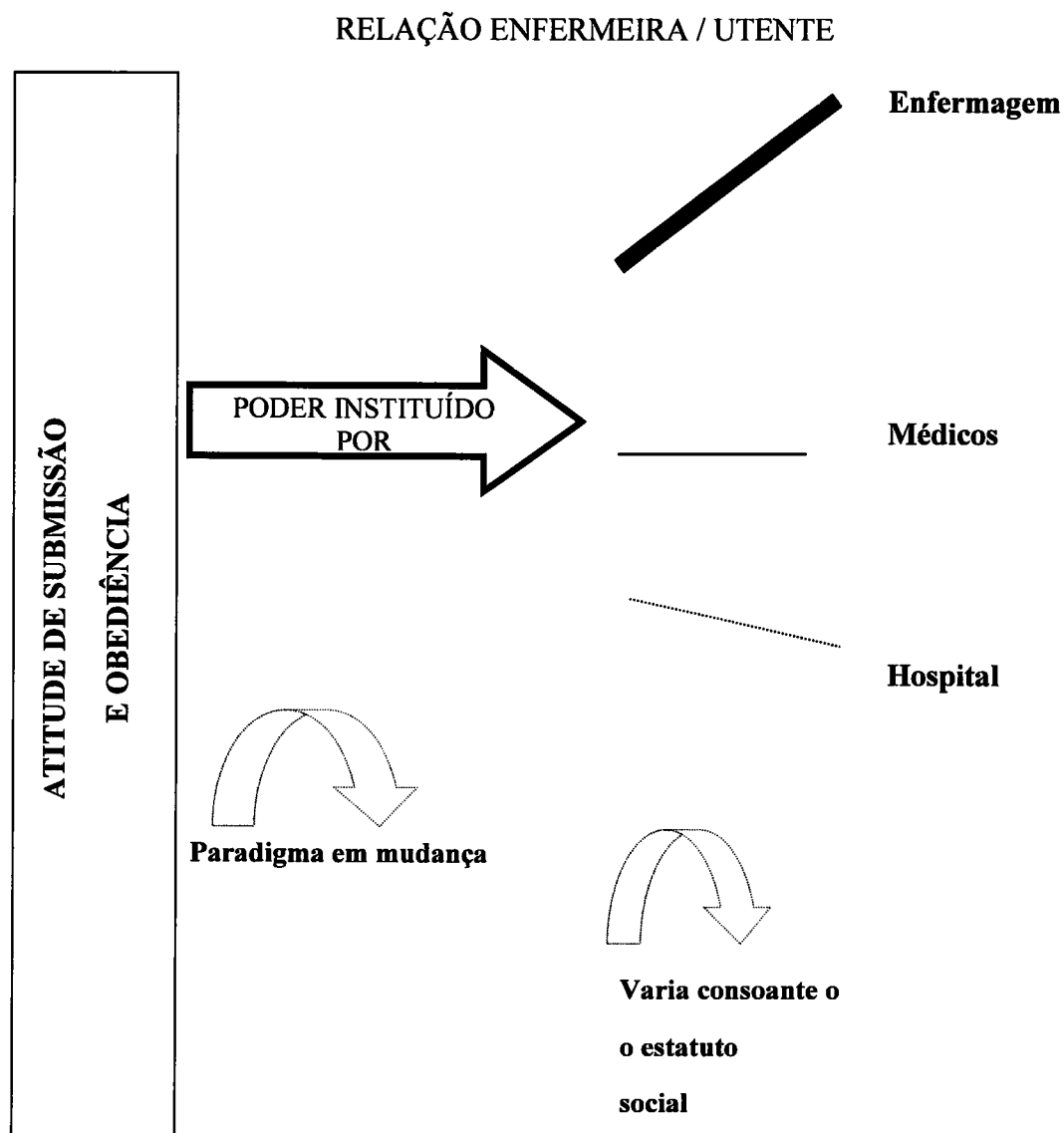
SUB-CATEGORIA – Atitude de submissão e obediência (ASO)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão											
Poder Instituído por	Hospital		X					X			2
	Classe médica	X			X			X	X		4
	Enfermagem	X	X		X	X		X	X	X	7
Paradigma de submissão em mudança				X							1
Varia consoante com o estatuto social		X									1

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Após a análise das respostas e, pelo Somatório das unidades de registo, verificámos que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à subcategoria, atitude de submissão e obediência da utente, das enfermeiras maioritariamente consideraram existir essa atitude referida, quer no que se refere a classe de enfermagem como à classe médica e também em relação ao hospital ou seja instituição, fazem referencia que importância o estatuto social da utente condiciona essa atitude de submissão e obediência por parte da utente em relação aos profissionais.

O esquema ilustrativo seguinte demonstra o que analisamos:



Legenda:

Ligação forte..... **—————**

Ligação moderada..... **—————**

Ligação fraca..... **.....**

### 3.4 – IMPORTÂNCIA DA VERTENTE TÉCNICA VERSUS RELACIONAL

Na actualidade, o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia insere-se numa profissão socialmente reconhecida, carregada de simbolismo e de história. Apesar de séculos de mudanças históricas, este profissional mantém-se fiel ao princípio de “ficar ao lado ou em face de”, significado de *Obstetrix* do verbo *Obstare* derivado do Latim, como de alguém que presta auxílio, que ajuda. Apesar de avanços notórios na área da humanização, como a possibilidade de que os pais e outras pessoas pudessem estar presentes nas salas de parto, o modelo biomédico ainda hoje se faz sentir nos serviços de saúde, influenciando em muito os seus profissionais.

Sendo o “Cuidar” o cerne da enfermagem (Collière 1989:234), seria imperioso justificar, que na prática, o papel profissional do enfermeiro se centrasse nas necessidades da utente com ênfase nas competências relacionais, mas tal não se verifica de forma linear, dado que conforme “*o contexto de trabalho determina em grande parte o desempenho das enfermeiras através de normas e valores*” (Bastos 1998:3). Este desempenho está relacionado com a natureza dos cuidados e com as condições em que são executadas.

Este subcapítulo tem como objectivo identificar qual o modelo de prática assistencial adoptado e recursos técnicos mobilizados na operacionalização do cuidar em obstetrícia.

#### 3.4.1 – Paradigma das práticas profissionais (PPP)

Apesar dos avanços notórios na área da humanização na sala de parto, o modelo bio-médico ainda se faz sentir muito, no ambiente das inerentes práticas profissionais, influenciando a estrutura conceptual de actuação.

*“Os procedimentos de um internamento numa maternidade acontecem como um verdadeiro cerimonial, um rito de passagem, repleto de rotinas e normas de comportamento que são ditadas pela instituição”* (Kitzinger 2001:51).

O desenvolvimento do saber na disciplina/profissão de enfermagem veio possibilitar aos enfermeiros o acesso a todos os graus académicos e à publicação de uma carreira



(Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro). Este recente desenvolvimento, permitiu o contacto com outras realidades mais abrangentes e consequentemente uma perspectiva mais holística da pessoa e das suas necessidades. Automaticamente, estes factos obrigaram o enfermeiro a teorizar sobre a sua prática profissional e desenvolver um pensamento crítico, autonomizando a Enfermagem e adequando a sua prática a Paradigmas adoptados.

Foi precisamente esta a questão que colocamos aos nossos actores em estudo, tendo obtido as seguintes respostas:

➤ “...Acho que integração e transformação se adequam mais às minhas práticas(...) tento incutir sempre a grávida em colaborar em fazer com que ela diga as suas dúvidas os seus medos(...) no serviço, no sistema em que temos com a equipa médica não há tanta valorização, elas, digamos, não têm muita hipótese de escolha aquilo que pretenda fazer durante o trabalho de parto...” (E<sub>1</sub>)

➤ “... cumprir as regras instituídas...” (E<sub>2</sub>)

➤ “...o paradigma do futuro é o Transformista...” (E<sub>4</sub>)

➤ “...utilizo o (Paradigma) da transformação, as regras e as normas são para cumprir, mas adequadas às situações, a mudança é sempre positiva...” (E<sub>5</sub>)

➤ “...acho que a técnica é extremamente importante, (...) talvez dê um bocadinho mais à parte emocional(...) depende da situação(...) qualquer um dos três pode ser utilizado. Eu posso fazer pela utente até ela estar autónoma...” (E<sub>7</sub>)

# MATRIZ/SÍNTESE Nº 10

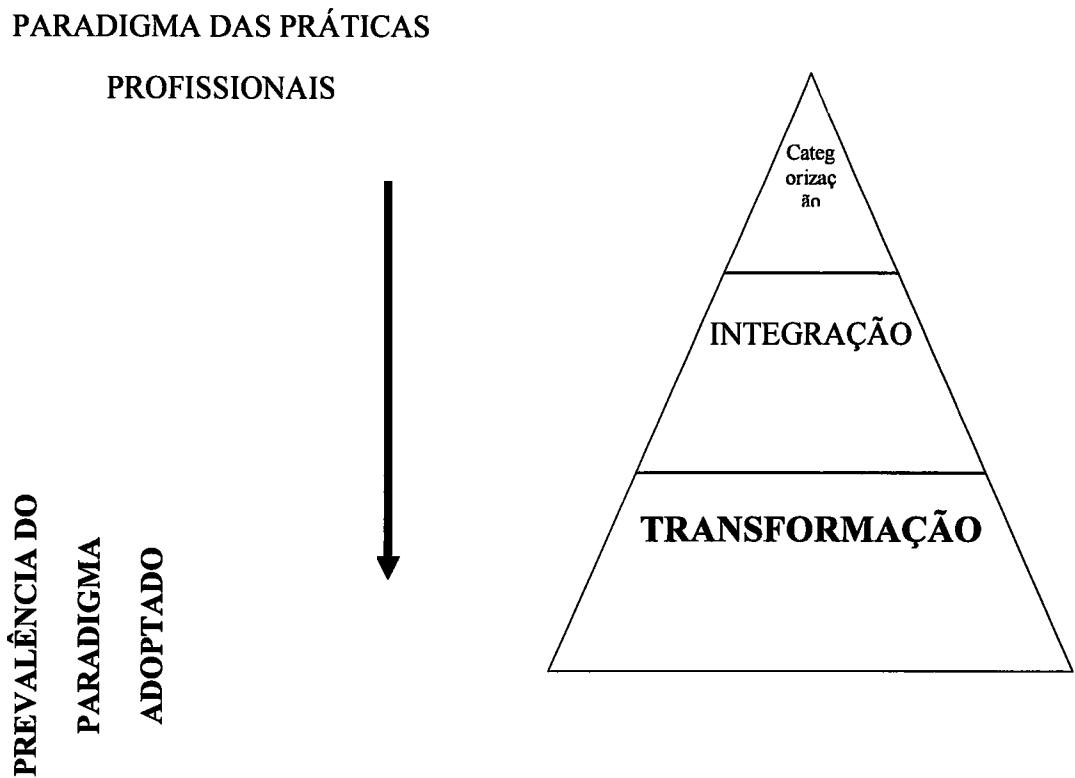
## CATEGORIA - Paradigma das práticas profissionais (PPP)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Paradigma adoptado	Transformação	X		X	X	X	X	X	X	X	8
	Integração	X	X			X	X	X			5
	Categorização							X			1

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Resumindo as respostas, verificámos, de acordo com o Somatório das unidades de registo, que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à categoria, paradigma adoptado para as práticas profissionais dos enfermeiros obstetras, o Paradigma mais referenciado foram o da Transformação (8); seguidamente o da Integração (5) e por fim o Paradigma da categorização (1).

Para melhor compreensão da análise desta categoria, apresentamos o seguinte esquema:



**3.4.2 – Privilegia técnica/relação humana**

A prática de enfermagem vai para além do plano da competência técnica, no que se refere ao saber-saber e saber-fazer e enfatiza a capacidade de ver as pessoas como elas são realmente no seu quotidiano, estabelecendo com elas uma relação de ajuda. É esta relação que restitui à enfermagem o seu carácter humano quando o enfermeiro tem presente as necessidades dos utentes a quem presta cuidados.

Uma das dificuldades que encontramos para definição de competências é a multiplicidade de significados, por reunir em si um conjunto de capacidades, conhecimentos, qualidades, aptidões e experiências, em progressão contínua, que terão de ser utilizadas a par de estruturas económicas e técnicas, no objectivo de uma maior chamada qualidade de vida.

➤ “...sem dúvida, as coisas têm que melhorar(...)muita coisa nova(...) mesmo técnicas e materiais mais recente a utilizar(...)Durante o trabalho de parto, durante o início do trabalho de parto eu acho que a relação humana é muito importante(...)não somos meramente uns executores de técnicas de enfermagem, de cuidados de enfermagem, estamos aqui para dar apoio nesta fase da vida(...) na altura do nascimento, aí prevalece mais a técnica, acho que só aí, aí é que prevalece a técnica...” (E<sub>1</sub>)

Segundo Boterf (1994), “ *a competência desagua numa problemática de objectivos que se poderá resumir em saber, saber fazer e saber ser* “ (Boterf 1994:41).

➤ “... sem as duas partes não chegamos lá(...) há hoje mais recursos técnicos do que há 30 atrás(...) sem dúvida(...) mas as máquinas não fazem tudo (...) tem de haver inteligência para a manipular...” (E<sub>2</sub>)

➤ “... principalmente durante o trabalho de parto, não descurando de forma nenhuma a parte técnica que são utilizadas técnicas que têm de ser feitas correctamente(...)a relação é importante porque é a nossa ajuda que leva o parto a bom fim (...) a relação humana talvez tenha um peso mais importante(...) se perguntar a uma senhora como foi o trabalho de parto e como foi o parto, se calhar ela não sabe se as técnicas foram bem feitas, mas sabe se a parteira foi simpática, se a parteira explicou como é que ia ser, se a parteira gritou(...) hoje utilizam-se mais recursos técnicos e há mais manobras invasivas...” (E<sub>3</sub>)

Hoje e cada vez mais as populações conscientes dos seus direitos, reivindicam a efectivação de uma assistência de enfermagem de qualidade. Neste sentido torna-se

necessário uma dinâmica profissional acompanhando a evolução sócio cultural, com vista à satisfação das necessidades humanas básicas da utente, as quais não podem ser satisfeitas apenas com recurso a cuidados técnicos e à alta tecnicidade, mas também com recurso a cuidados relacionais. Como refere Cruz e Vieira (1999), *“Os Enfermeiros do presente e do futuro devem ser deste modo profissionais de alta competência técnica, com elevados conhecimentos científicos e que saibam estabelecer a ponte com a humanização dos seus cuidados, através da potencialização da relação de ajuda em enfermagem”* (Cruz e Vieira 1999:25).

➤ “... as duas partes têm que estar a 50% para cada uma, porque é importante manter a pessoa calma e a colaborar no trabalho de parto, mas é importante ter conhecimentos técnicos e ter os meios técnicos á disposição para qualquer eventualidade(...)tem aumentado a componente técnica em Obstetrícia...” (E<sub>4</sub>)

Phaneuf (2005:) afirma a necessidade, *“dos cuidados de enfermagem, deixarem-se penetrar por princípios de abertura ao outro e de compaixão”*, a mesma autora refere *“as dificuldades relacionais que existem, devido a atitude mecanicista ou mesmo utilitarista das enfermeiras no exercício das suas funções.”* (Phaneuf 2005:328)

➤ “... a técnica é na linguagem, é nos gestos, é no toque (...) ai é que está a essência da relação, não é com um computador que eu estabeleço uma relação com a mulher que está deitada numa cama a precisar de mim(...) mas temos que estar a par das tecnologias, apesar da relacional se sobrepor á técnica, é importante explicar á mulher o que está a acontecer com ela...” (E<sub>5</sub>)

Como também refere Soares (2003), *“apenas quando a humanidade destes profissionais sobressai além da brancura das suas batas e dos seus gestos técnicos, a utente vê a possibilidade de se afirmar como pessoa e viver de forma humana a doença e a hospitalização”* (Soares 2003:9)

➤ “...há 20 anos atrás, quando entrava numa sala de partos, parecia um campo de batalha. Hoje não é nada assim (...) no entanto os médicos continuam a ser mais instrumentistas, eles não estão nada próximo das utentes. (...) muito há que melhorar nas enfermeiras obstetras, é um pouco cultural, p.ex. uma enfermeira que, em casa, não tenha uma cultura familiar, em que o relacionamento esteja presente, ela depois não irá transmitir isso á utente, porque ela também não sente isso, é como o ditado: “ Quem não recebe, também não sabe dar...” (E<sub>7</sub>)

Igualmente Cruz e Vieira (1999) reforçam que *“ (...)em frente de olhos que não vêem, apenas observam, de mãos que não tocam, apenas palpam, de ouvidos que não escutam, apenas ouvem, a parturiente não consegue fazer chegar as mais profundas expressões do seu ser”* (Cruz e Vieira 1999:26).

➤ “...estão a melhorar (...) depende sempre da situação e da pessoa (...) às vezes tenho de falar pelo bebé, tenho de me impor (...) naquele momento o bebé tem de nascer bem, mas também é importante a mãe viver o parto de forma tranquila ...” (E<sub>8</sub>)

Este desempenho está relacionado com a natureza dos cuidados e com as condições em que são executadas, *“o contexto de trabalho determina em grande parte o desempenho das enfermeiras através de normas e valores”* (Bastos 1998:3).

➤ “...não vejo que haja mais recursos técnicos (...) penso que uma tem de ser aliada da outra, temos de saber as técnicas, porque têm de ser usadas, mas nunca completa a outra (...) para observar uma senhora tenho de usar uma técnica, mas tenho de lhe explicar o que lhe vou fazer ...” (E<sub>9</sub>)

#### MATRIZ/SÍNTESE Nº 11

CATEGORIA - Privilegia técnica/relação humana (PPP)

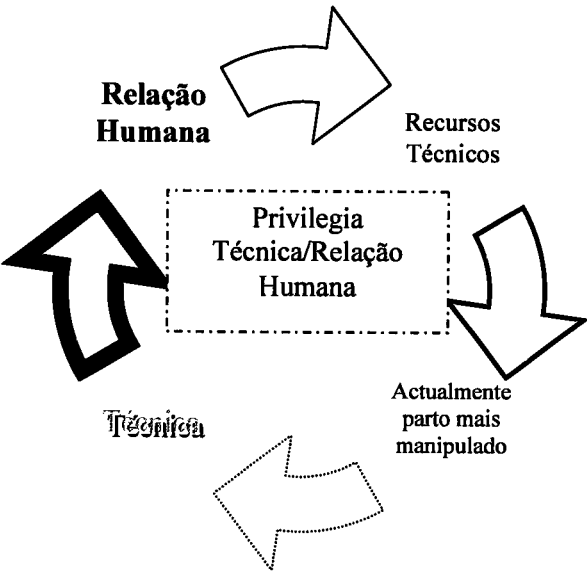
SUB CATEGORIA – Utiliza recursos técnicos (UTR)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	E <sub>6</sub>	E <sub>7</sub>	E <sub>8</sub>	E <sub>9</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão	Técnica		X						X	X	3
	Relação humana	X	X	X	X	X	X	X		X	8
	Actualmente parto mais manipulado tecnicamente	X	X	X	X		X				5

<sup>1</sup>Σ – Somatório das unidades de registo

Após a análise das respostas, verificámos que as opiniões dos enfermeiros entrevistados em relação à categoria, se privilegia a técnica ou relação humana, as enfermeiras obstetras consideraram a relação humana mais importante (8) apesar de referirem que a técnica não pode ser dissociada. No que se refere à sub-categoria, se utilizam presentemente mais recursos técnicos do que a alguns anos atrás, as enfermeiras responderam que actualmente têm ao dispor mais recursos técnicos, acrescentando ainda que actualmente o parto é mais manipulado. Podemos acrescentar que, ultimamente o serviço alvo deste estudo tem sido provido de novos recursos técnicos, que possibilitam um parto mais instrumentalizado. (Observação Participante).

Finalmente apresentamos o esquema ilustrativo de acordo com esta categoria:



Legenda:

- Ligação forte.....
- Ligação moderada.....
- Ligação fraca.....



#### 4 - CONCLUSÃO

No decurso deste século, devido à constante evolução tecnológica e à sociedade exigente com que os enfermeiros obstetras se deparam, têm feito esforços no sentido de adquirir conhecimentos com o objectivo de melhorar as suas práticas profissionais de forma a responder às solicitações da sociedade com que se deparam no seu quotidiano, foi com este sentimento que nós partimos para um estudo das nossas práticas, na tentativa de compreender as nossas inquietudes, dúvidas, .....ou seja se estamos no caminho certo.....

Um estudo de cariz exploratório exige conclusões que não o limitem, que não o circunscrevam, mas que o amplifique e que o prolongue. E, é com este propósito que chegamos ao término deste estudo com a finalidade de que se torne no início de muitos outros, dentro desta temática.

Investigar e insistir na investigação em Enfermagem é fulcral porque concordamos “que a profissão de enfermagem está pouco estudada pelas ciências sociais” (Pereira 2003: 47), nomeadamente, sobre a auto percepção do papel do enfermeiro, daí a nossa pertinência neste estudo, porque para além de abordarmos a perspectiva sociológica do cuidar da enfermeira, abordamo-lo numa temática específica – o cuidar da enfermeira obstetra.

Assim, vamos procurar centrarmo-nos nos resultados encontrados para o problema em estudo e para os objectivos que formulamos no início do mesmo, destacando também alguns aspectos que poderão ajudar a esclarecer os resultados.

Partindo da nossa problemática, desenvolvemo-la, analisamo-la e interpretamo-la. Gil (1994) refere que “a interpretação dos resultados de um estudo, forma as conclusões do mesmo, assim, pretendemos agora, reflectir e sintetizar, de uma forma global (...)” (Gil 1994:94) os dados obtidos, isto é, os resultados do estudo.

Os actores deste estudo tiveram oportunidade de transmitir como se revêem na sua intervenção junto da parturiente, puérpera e respectivas famílias, no dia-a-dia, isto é, na realidade tal como ela é, num serviço de obstetrícia. E, foi dessa investigação de cariz qualitativa, efectuada na realidade vivida e sentida pelos enfermeiros que constituiriam a nossa amostra que chegamos às seguintes conclusões:

O grupo de entrevistados constituído, por oito (8) elementos do sexo feminino e um (1) do sexo masculino, com uma média de idade de 42.2 anos, com um tempo médio de serviço de 19.5 anos e com um tempo médio de serviço como enfermeiro obstetra de 7,7 anos, sendo que neste último parâmetro persistem algumas assimetrias, i.e. enfermeiros com pouco tempo versus enfermeiros detentores de muitos anos de serviço como obstetras, o que dá uma imagem de grande abrangência, mas coexistindo um maior número de profissionais com tempo de serviço inferior ou igual a 3 anos (n=6).

Assim, na análise do primeiro Bloco Temático, **Perfil e representação social do cuidar em enfermagem obstétrica**, e partindo da concepção de Nóvoa et al (1992) que define o perfil profissional *“como um bloco de conhecimentos, competências e atitudes que um profissional deve deter em relação à sua situação laboral”* (Nóvoa et al 1992:52), pretendemos identificar essa percepção e de que forma as enfermeiras obstetras definem o conceito de cuidar em obstetrícia. De acordo com a maioria das respostas, o desempenho profissional da enfermeira obstetra está intrinsecamente ligado ao “cuidar da puérpera” e ao “cuidar do bebé/recém-nascido”, englobado nesta acção o “apoio às respectivas famílias”, o que vem ao encontro do conceito do profissional definido pela União Europeia, regulado pela Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro: *“É todo o indivíduo preparado científica e tecnicamente para prestar cuidados de enfermagem específicos ao utente (grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido), englobando a família e comunidade no sentido de promover e manter a saúde”*. Nesta linha de actuação, as enfermeiras também referem a “relação de ajuda” e o “ensino/formação” como integrantes deste conceito. Já em relação à representação social da enfermeira obstetra, a amostra deste estudo é unânime em destacar que actualmente possui uma imagem social melhor do que anteriormente, o que lhe confere, gradualmente um estatuto também mais relevante, estando de acordo com a opinião sustentada por Pinheiro (2004), que destaca que *“a enfermeira obstetra deve sentir*

*que é indispensável para o trabalho em equipa e ao mesmo tempo sentir-se um elemento de um corpo profissional que se destaca pela sua importância social”* Pinheiro (2004: 6). Esta ideia pode ser justificada, pela melhor preparação científica e técnica, que é ministrada hoje nas nossas escolas de enfermagem e, ao mesmo tempo podemos associar a esta evolução pedagógica tal como refere Franco (2000) *“a constante preocupação que os enfermeiros manifestam por adquirir formação para melhorar as suas competências práticas, pois uma e outra complementam-se”* (Franco 2000:6), no sentido de potenciar as práticas profissionais junto da sociedade, cada vez mais exigente.

Provavelmente por estarmos ainda ligados a um percurso e a um estigma cultural, as enfermeiras também relataram que por vezes são confundidas como “parteiras” e com “submissão á dominância médica”, pressuposto que se correlaciona com (Silva 2001:120).

Por fim e, em relação á importância atribuída á construção do percurso profissional, é unânime a opinião do ingresso nesta especialidade, pelo interesse pela obstetrícia, seguindo-se a progressão na carreira e a motivação pessoal; estes actores, repercutem precisamente o que o autor anterior evidência *“(...) para que um individuo se possa integrar neste grupo profissional é preciso, não apenas, uma formação adequada, mas também um perfil moral e uma determinada aptidão vocacional estabelecidos pelo seu quadro ideológico”* (Silva 2001:113).

Por fim, analisando a questão da prevalência do género feminino na profissão, constatamos no nosso estudo, que essa prevalência é real, no entanto, pensamos que mais importante que o género, são as competências que cada um adquire e processa junto das utentes/famílias, indo de encontro à reflexão de Boterf (1994), *“a competência desagua numa problemática de objectivos que se poderá resumir ao saber, saber fazer e saber ser”* (Boterf 1994:41).

Já na análise de conteúdo do segundo Bloco Temático, **Articulação entre os ensinios realizados e as necessidades das utentes**, pretendemos identificar a dinamização entre os cuidados, os ensinios realizados e as necessidades das utentes. Perante as respostas, concluímos que todas as enfermeiras atribuem muita importância aos ensinios realizados em obstetrícia e, quando questionadas se atribuíam prioridade às necessidades das utentes

referiram que a efectivação dos ensinamentos englobava ensinamentos programados e também ensinamentos não programados que iam ao encontro das necessidades das utentes, sendo os principais temas os que abordavam o “puerpério”, “família”, recém-nascido” e o “trabalho de parto”. Quando questionadas, se valorizavam o estado físico e emocional das utentes, ao realizarem os ensinamentos, as respostas foram categóricas, incluindo também a receptividade das utentes, mas detectamos uma maior correlação com o estado emocional, coexistindo uma ligação forte às situações “dor” e “cesarianas”, Ziegel (1980) justifica esta situação *“devido à necessidade de progressivamente se tornar independente, mas sempre orientada e ensinada pelo enfermeiro, não negligenciando este que a nova mãe necessita de repousar, evitando o esgotamento sendo assim necessário um efectivo planeamento das suas actividades.”* (Ziegel 1980:442). A integração dos ensinamentos no cuidar é unânime em todas as respostas, pois faz parte integrante da essência do cuidar e é um agente facilitador da prática de enfermagem, o que está inteiramente relacionado com o conteúdo da Directiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro, que regula o exercício das actividades do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia.

Para a análise do terceiro Bloco Temático, **Relação com a utente na perspectiva da enfermeira obstetra**, pretendia analisar de que forma as enfermeiras atribuíam importância à relação enfermeiro/utente, se algum facto interferia nessa relação que tivesse repercussão na qualidade das práticas e que estratégias eram mobilizadas para melhorar essa relação. Os resultados demonstram-nos que todas as enfermeiras dão realce à relação estabelecida com as utentes, no entanto algumas barreiras foram identificadas como impedimento ao estabelecimento de uma eficaz relação, nomeadamente a “formação cultural da utente”; a “comunicação estabelecida” e a “técnica hospitalar”, esta entendida como *normas e rotinas* hospitalares. Como estratégias para ultrapassar estas barreiras, os actores do estudo destacam o estabelecimento de uma comunicação verbal e não verbal, eficaz, evidenciando a “disponibilidade demonstrada”, o estabelecimento de uma “relação de ajuda” e de uma “relação empática”, como agentes facilitadores da relação enfermeira /utente e consequentemente da prática de enfermagem. Os resultados obtidos, no que concerne à atitude submissão/obediência por parte das utentes, revelam que as enfermeiras, na sua maioria têm a percepção, “que as utentes são submissas”, havendo uma ligação forte

ao poder atribuído à classe de enfermagem, seguindo-se a classe médica e por fim à instituição hospitalar. Há nesta temática, referência a uma mudança de paradigma de submissão, variando esta atitude consoante o status social das utentes, que condiciona a sua postura, este quadro de relação dos poderes está compreendido na afirmação de Silva (2001) *“qualquer uma destas formas de poder dos profissionais está o sabe, o poder do saber”* (Silva 2001:138).

Encerrando a análise do último Bloco Temático, **Importância da vertente técnica versus relacional**, desejava identificar qual o modelo da prática profissional adoptado pelas enfermeiras e se era privilegiada a técnica ou a relação humana. Os resultados demonstram que o paradigma mais referenciado é o da “Transformação” seguido do da “Integração” apenas uma enfermeira refere o paradigma da “Categorização”. Os resultados, em relação à prevalência da relação humana versus técnica, demonstram-nos inequivocamente que os actores do estudo realçam a “relação humana” com elemento prevalente nas suas práticas profissionais, mas não podem dissociar essa conexão com a técnica, acessório imprescindível a uma eficiente actuação em obstetrícia, referindo também que actualmente dispõem de mais recursos técnicos, tornando o parto mais manipulado.

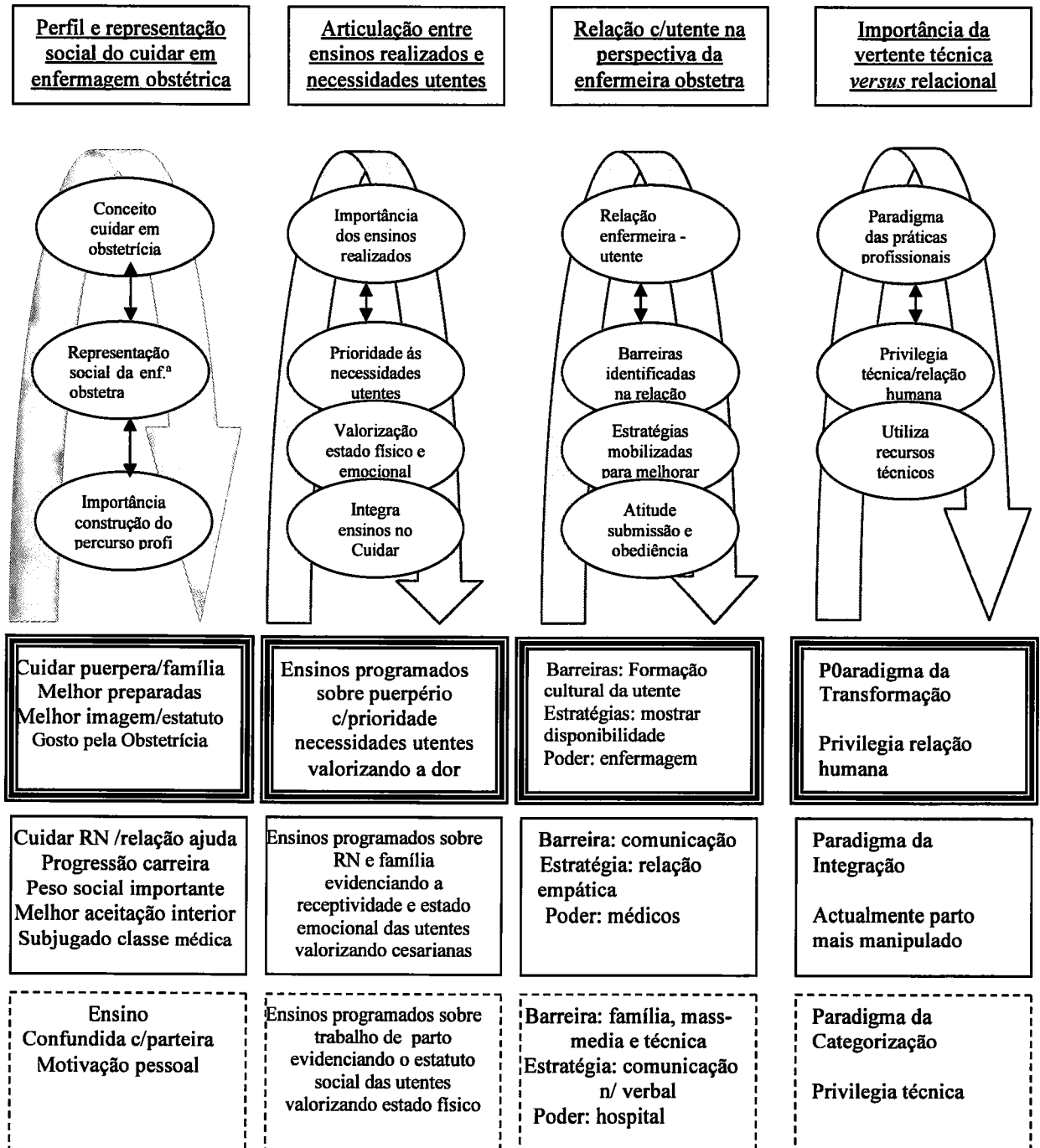
Como sugestões podemos adiantar algumas pertinentes e perfeitamente exequíveis, como aumentar a auto e heter-formação das enfermeiras especialistas, dinamizando os Departamentos de Formação Permanente em Enfermagem, possibilitando uma melhor preparação técnica e humana. Contrariar o actual modelo de financiamento dos hospitais EPE, aumentando o ratio enfermeira especialista/utente por turno de modo a possibilitar uma maior disponibilidade técnica e humana. Efectuar cursos de preparação para o parto, permitindo preparar a grávida/família para a maternidade e aumentar os conhecimentos relativamente à gravidez, cuidados ao bebé e puerpério. Possibilitar visitas à maternidade, apresentando o Serviço e a equipa multidisciplinar, dissipando dúvidas e permitir uma maior segurança aquando do internamento e diminuindo ansiedade. Criar uma equipa multidisciplinar de visita domiciliária á puérpera e bebé, englobando alunos da Escola Superior de Saúde, criando um verdadeiro ambiente de prestação de cuidados continuados de qualidade. Todas estas acções visam uma maior tranquilidade e segurança dos pais, no auto-cuidado familiar; a promoção de vinculação entre os membros da família e entre estes

e o novo ser; a redução da medicação; a diminuição do absentismo laboral e uma melhor qualidade de vida das populações atendidas.

Pelo que foi afirmado e demonstrado neste estudo podemos responder, agora à pergunta de partida já que registamos vários factores de ordem relacional, comunicativos e profissional que constroem a eficácia da prática de enfermagem em contexto hospitalar.

Cabe a cada um de nós, assumir a responsabilidade de tentar mitigar esses fenómenos que vão surgindo e que interferem nas práticas profissionais das enfermeiras obstetras, apesar de termos a noção que cada instituição e cada profissional têm uma praxis de acordo com o seu mandato social e, nem sempre podem ser responsabilizados por factores extrínsecos que alteram o seu desempenho. Urge uma revolução sociocultural na nossa sociedade, para a promoção da qualidade de vida das populações, que tem de se iniciar, precocemente, nas escolas e famílias.

## ESQUEMA FINAL



LEGENDA:

Ligação Forte.....



Ligação Moderada.....



Ligação Fraca.....



## **5 - BIBLIOGRAFIA**

ABREU, Wilson C.

1997 – “Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar”, *in* CANÁRIO, Rui (org.), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora.

ABREU, Wilson C.

2001 – **Identidade, Formação e Trabalho**, Lisboa:Edições EDUCA

ABREU, Wilson C.

2004- “Relação de ajuda”, **Revista Sinais Vitais**, Nº 53, Março 2004, p 29.

AFONSO, E.

1998 – **Dificuldades da Mulher no Puerpério: Subsídios para a Enfermagem**, Tese de Mestrado, Lisboa.

ARCO, Helena M.

2003 – **Entre a Lógica Organizacional e as Estratégias dos Actores: O Caso da Cooperação na Orientação do Ensino Clínico de Enfermagem**, Tese de Mestrado, Évora: Universidade de Évora.

AVERY, Gordon B.

1984– **Neonatologia, Fisiopatologia e Tratamento do Recém-nascido**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: MEDSI.

BARDIN, Laurence

1977 – **Análise de Conteúdo**, Lisboa, Edições 70.

BASTO, Marta; PORTILHEIRO, Catarina

2003 – “Concepções de cuidados de enfermagem”, **Revista Investigação em Enfermagem**, n.º 7, Fevereiro, p 42-51.



BASTOS, M.

1998 – **Da Intenção de Mudar à Mudança: Um Caso de Intervenção num grupo de Enfermeiros**, Lisboa, Rei dos Livros, 1998.

BEVIS, Olivia

1988 – “Caring: a life force in: Leininger”, Caring Proceedings of the tree National Confernces, Detroit: Wayne State University Press.

BOBAK; JENSEN; LOWDERMILK.

1999– **Enfermagem na Maternidade** – 4ª Edição, Loures: Lusociência.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari

1994 – **Investigação Qualitativa em Educação**, Porto, Porto Editora.

BOLANDER, Verolyn

1998 – **Enfermagem Fundamental: uma Abordagem Psicofisiologica**, Lisboa: Lusodidacta

BOTERF, Guy Le

1994– “Modelos de Aprendizagem em Alternância na Comunidade: Cinco Desafios a Enfrentar”, in **Formar**, nº 10, IEFP.

BOTERF, Guy Le

1995– **De la Competence: essai sur un attracteur étrange**, Paris: Les Éditions d’Organisation.

BRAZELTON, T. Berry

1990– **O Desenvolvimento do Apego**, Porto Alegre: Artes Médicas.

BRAZELTON, T. Berry

1988– **O Desenvolvimento do Apego: Uma Família em Formação**, Porto Alegre: Artes médicas.

BRAZELTON, T. Berry

1995 – **O Grande Livro da Criança**, Lisboa: Editorial Presença.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand

1989 – **A Relação mais Precoce: Os Pais, os Bebés e a Interacção Precoce**, Lisboa: Terramar Editores.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand

1992– **Tornar-se Família**, Lisboa: Terramar.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand

1993– **A Relação mais Precoce** – Lisboa: Terramar Editores.

BURROUGHS, Arlene

1995 – **Uma Introdução à Enfermagem Materna**, 6ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas.

CAMILO, Paula; MORAIS, Alzira.

1999 – “ Privacidade: Condição ou Critério para Cuidar”, **Nursing**, Lisboa: ISSN 0871/6196, Ano 11, nº 139, Janeiro/99, p30.

CARNEIRO, Marinha Fernandes

2002- “Enfermagem de saúde materna no âmbito do Instituto Maternal: contextos e modelos de formação”, **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, Almada, nº 3, p.5-10

CARVALHO, M

1996 – **A Enfermagem e o Humanismo**, Lisboa : Edição Lusociência.

CHALIFOUR, J.

1989 - **La relation d’ aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste**, Québec: Gaetan Morin Éditeur.

CHALIFOUR, J.

1993 – **Enseigner la Relation d’ aide**, Québec: Gaetan Morin Éditeur.

CIBANAL, L.

1991 – **Interrelacion del Profesional de Enfermeria com el Paciente**, Barcelona: Ediciones Doyma.

COLLIÉRE, Marie. F.

1989 – **Promover a Vida**, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COSTA, António F.

1999 – “A Pesquisa de Terreno em Sociologia”. *in Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento.

COSTA, António F.

1986 – “A Pesquisa de Terreno em Sociologia”. *in* Augusto Silva e Madureira Pinto. **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento.

COSTA, Maria Arminda

1998 – **Enfermeiros: Dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados**, Lisboa: Fim de Século Edições, L.da.

COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria

2000 – **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde- Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

CRUZ M<sup>a</sup>.; VIEIRA M<sup>a</sup>.

1999– “Satisfação da Parturiente Face à Relação de Ajuda”, **Sinais Vitais**, nº 25, p25-26.

ESTEVES, António;

1999 – “A Investigação”, In SILVA, Augusto e PINTO, José (org), **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento, p251-278.

ESTRELA, Albano

1994 – **Teoria e Prática da Observação de Classes**, Porto: Porto Editora

FAVITA, F.

2003– **A Percepção do Doente em Relação ao Processo de Comunicação Enfermeiro/Doente Enquanto Submetido a Ventilação Mecânica**, monografia do 3º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, Portalegre: Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

FORTIN, Marie

1999 – **O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização**, Loures: Lusociência.

FRADA, João José Cucio

1994 – **Guia Prático Para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos**, 4.<sup>a</sup> edição, Lisboa: Edições Cosmos.

FRANCO, João

1998 – “Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.”, **Revista Sinais Vitais**, n.º 17, Março/98, p37-38.

FRANCO, João

2000 – “Da formação à prática: contributos para uma reflexão dos papeis.”, **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, Almada, n.º 2/2000, p6-7.

GANDARA, M.N.; LOPES, M.

1994- “ Cuidar a Enfermagem”, **Revista Enfermagem em Foco e SEP**, Ano IV, nº 16, Agosto/Outubro, p 40-46.

GEORGE, Júlia

1983– **Teorias de Enfermagem** Porto Alegre: Artes Médicas.

GHIGLIONE, R. ; MATALON, B.

1993 – **O Inquérito. Teoria e Prática**, Lisboa: Celta editora.

GIDDENS, Anthony

2004 – **Sociologia**, 4.ª edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GIL António C.

1989 – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, São Paulo: Editora Atlas S.A.

GIL FLORES, Javier

1994 – **Análisis de Datos Cualitativos. Aplicaciones a la Investigación Educativa**, Barcelona: Editora P.P.V.

GOFFMAN, Erving.

1988 – **Notes on the Management of Spoilet Identity**, New Jersey: Prentice-Hall.

HESBEEN, Walter

2001 – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**, Loures: Lusociência.

HONORÉ, Bernard

2002 – **A Saúde em Projecto**, Loures: Lusociência.

HUBERMAN, A.; MILES, M

1991 – **Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods**, Newbury Park: Sage Publications.

JOAQUIM, F; CEBOLA F.; FERNANDES, F.

2002– **O Exercício de Enfermagem e Factores de Stress**, monografia do 2º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, Portalegre: Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

KITZINGER, Sheila.

2001 – **A Experiência do Parto**, Lisboa: Edições Piaget.

LAZURE, Hélène

1994 – **Viver uma Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competências da Enfermeira**, Lisboa: Lusodidacta.

LEININGER, Madeleine

1985 – **Qualitative Research Methods in Nursing**, Orlando, Grune and Statton.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith

2001 – **Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

LOPES, J.; VIEGAS, A

1997 – “Pensar em Enfermagem de Consultadoria e Ligação – contributos para a humanização dos cuidados de enfermagem”, **Enfermagem em Foco-SEP**, AnoVII, Nº 25, Novembro/Janeiro 97, p.34

LOPES, J.

1997 – “Actos Praticados Humanos”, **Enfermagem em Foco-SEP**, Nº 25, Janeiro/97.

LOPES, M. J.

1999 – **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações**, Lisboa: Gráfica 2000.

LOPES, Noémia

2001 – **Recomposição Profissional da Enfermagem. Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar**, Coimbra: Quarteto Editora.

LUÍS, H.

2000 – “Um estar... Um cuidar?”, **Servir**, Vol. nº 48, nº 5 Setembro/Outubro/02.

MACHADO, Maria. G.

1995– **A Interacção em Enfermagem: Um Estudo com Alunos de Enfermagem**, Ponta Delgada: ESE de Ponta Delgada.

MARÇAL, M.

1998– “ A análise conceptual na Investigação em enfermagem”, **Revista Pensar em Enfermagem**, Vol.2, nº2, 2º semestre, p4-8.

MARLOW, Dorothy K.

1972 – **L’infirmiere et L’enfant**, Montreal: Helt.

MARQUES, Rosália Maria; SANTOS, Susana Alexandra

2005 – “ Carências e problemas dos enfermeiros portugueses na área de obstetrícia: uma reflexão”, **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, Almada: ISSN 1646-3625, nº6/2005,p14.

MARQUES, Rosália; SILVA, Sónia; SANTOS, Susana

2005 – “ Como cuidamos na sala de partos”, **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, Almada: ISSN 1646-3625, nº6/2005,p55-56.

MERCADIER, Catherine

2004– **O Trabalho dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar: O Corpo, Âmbito da Interacção Prestador de Cuidados-Doente**, Loures: Lusociência.

MENDES, M. G.

1995 – “Ser Pessoa em Enfermagem: O Cuidar com Características Humanistas”, **Servir**, Vol. 43, nº2, Março/Abril, p 59-61.

MOSCOVICI, S.

1979 – “Comunicação Apresentada ao Colóquio sobre as Representações Sociais”, Paris: EHESS, Janeiro, p8 – 10.

MUSSI, F.

1999 - **Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós**, Ver. Esc. Enf USP, Vol.33, Junho.

NOGUEIRA, A.; CARVALHO,M.; MENDES, M.

1995- “Saber Escutar: Para uma Relação de Ajuda em Unidade de Cuidados Intensivos”, **Servir**, Vol. nº 43,nº2 Março/Abril

NÓVOA, António et al

1992 – **Formação para o Desenvolvimento Local**, In **Formação para o Desenvolvimento**, Lisboa, Estudos Locais, 1992.

OLDS, S. B.

1989 – **Enfermeria Materno Infantil. Un Concepto Integral Familiar**, 2ª Edição, México: Nueva Editorial Interamericana.

OLIVEIRA, I.; VINHA, J.; CORREIA, M.; MORATO, M.

1995- “O escutar na relação de ajuda”, **Enfermagem em Foco, SEP**, Ano V, nº 20, Agosto/Outubro.

O’ DOWD , M. ; PHILIPPS E.

1995 – **História de la Ginecologia Y Obstetrícia**, Barcelona, Med.

ORDEM DOS ENFERMEIROS

2002- “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, **Divulgar**, Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, Setembro/02.

ORDEM DOS ENFERMEIROS

2004- “Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais”, **Divulgar**, Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, Maio/04.

PALMEIRO, Maria F.

1995 – **Formação e Práticas Profissionais dos Enfermeiros no Contexto de um Centro de Saúde**, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara

1992 – **Modelos para o Exercício de Enfermagem**, Lisboa, ACEPS.

PEDRO, J. Gomes

1985– **A relação mãe-filho**, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, Estudos Gerais, Série Universitária.

PEDRO, J. Gomes

1985– **A relação mãe-filho: Influência do Contacto Precoce no Comportamento da Diade**, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

PEDRO, J. Gomes e tal

1995– **Bebé XXI: A Criança e a Família na Viragem do Século**, Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.

PEREIRA, José

2003 – “Imagem Profissional do Enfermeiro”, In **Revista Ordem dos Enfermeiros**, nº9/ 2003.

PHANEUF M.

2005– **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**, Loures: Lusociência, 2005

PHIPPS, Wilma J; LONG, Bárbara C. et al

1995 – **Enfermagem Médico-cirúrgica Conceitos e Prática Clínica**, 2ª Edição, Lisboa: Lusodidacta, p 34-37.

PIMENTEL, M.

2000 – “Enfermagem: Identidade Representações num Contexto em Mudança”, **Revista Referência**, nº4, Maio, p 31-37.

PINHEIRO, Maria J:

1999 – **A Vida e a Morte de Recém Nascidos em Unidades de Neonatologia – Experiências das Mães e dos Profissionais de Saúde**, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora: Universidade de Évora.

PINHEIRO, Arminda; SILVA,

2004 – “Percursos da enfermagem obstétrica: o sentido do papel da(o) enfermeira (o) obstetra”, **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, Almada, nº5/2004,p5-6.



PINTO, C.

2005 – “Humanização em Saúde”, **Revista Servir**, vol.nº53, n.º2, Ano, Março/Abril.

PIRES, Ana Luísa

1994– “As Novas Competências Profissionais”, **In Formar**, nº10, IEFP.

POLIT, Denise F. ; HUNGLER, Bernadette

1995 – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, Brasil: Artes Médicas.

QUEIRÓS, A.

1999– **Empatia e Respeito**, Coimbra: Quarteto Editora, ISBN: 972-8535-03-1.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van

1992 – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Editora Gradiva.

RESENDE, Jorge

1991– **Obstetrícia**, 6ª edição, Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan.

RIBEIRO, Lisete F.

1995 – **Cuidar e Tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento Sócio-moral**, 1ª Edição, Lisboa: SEP.

RICHARDSON, Robert Jarry e colaboradores

1989 – **Pesquisa Social. Métodos e Técnicas**, São Paulo: Editora Atlas S.A.

ROSAS, J. Manual

1989-“A Comunicação em Enfermagem”, **Nursing**, Lisboa:AnoII, nº40, Março,p27-30

SARDO, Dolores Silva; SOUSA, Paula

2000 – “Autonomia e Responsabilidade” **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, Almada, nº2/2000, p8-9.

SARDO, Dolores Silva

2005 – “Outras visões e formas de assistir o parto: que autonomia e responsabilidade para o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica?” **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, Almada, ISSN, 1646-3625, nº6/2005, p57-59.

SAÚDE, Organização Mundial

1986 – “Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde”, Ottawa – Canadá.

SILVA, Augusto; PINTO, Madureira

1986 – **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento.

SILVA, Carlos A.

2001 – **(Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem. Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo**, Tese de Doutoramento, Évora: Universidade de Évora

SIMMEL, Georg

1981– **Sociologia**, Tradução de Evaristo de Moraes filho, São Paulo:Ática.

SIMÕES, Joaquim; AMÂNCIO Lígia

2004– “Género e Enfermagem: Um Estudo sobre a Minoria Masculina”, **Sociologia**, N.º44. Janeiro de 2004. ISSN 0873-6529.

SIMÕES, Joaquim; AMÂNCIO Lígia

s.d. – **Género e Enfermagem: Um Estudo sobre a Minoria Masculina** (on-line). Disponível:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n44/n44a04.pdf> (acedido em 2008/04/16).

SOARES, D.

2003 – “O Encontro Ético Enfermeiro-Doente”, **Nursing** , N°176, Abril/03

SOBREIRO, Maria

1995 –**Os Saberes na Prática de Enfermagem- Na Perspectiva do Modelo Teórico de Roper, Logan e Tierney**, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa

SOIFER, Raquel

1984– **Psicologia da gravidez, Parto e Puerpério** – 3ª Edição, Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

VALA, Jorge

1986 – “Análise de Conteúdo”, *in* Silva, Augusto; Pinto, José, **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento.

VELADAS, M.

1997 – **Ajudar na Sala de Partos – Competências Reais no Momento da Interação**, Lisboa: Lidel.

WALDOW, V. R. (org); LOPES, M.; MEYER; DAGMAR E. (org)

1995 – **Maneiras de Cuidar, maneiras de ensinar**, 1ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas.

WATSON, J.

2002– **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem**, Loures: Lusociência.

YIN, Robert

1994 – **Case Study Research. Design and Methods**, 2.ª edição, Thousand Oaks: Sage Publications.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, M. S.

1980– **Enfermagem Obstétrica**, 7ª Edição, Rio de Janeiro: Interamericana.

## LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Comité Consultivo para a formação das parteiras- **Quarto relatório: recomendações e pareceres sobre a formação das parteiras**. Bruxelas, 1997.

Comunidade Económica Europeia- Directiva 80/155/CEE, de 21 de Janeiro. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias**, nºL33/8. 1980. p95-99.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. **Decreto-Lei n.º 322/87- D.R.I Série 197 (28-08-1987)**, p. 3332 ( Dá cumprimento às disposições constantes da Directiva nº 80/155/CEE, de 21 de Janeiro, no que toca à formação profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. **Decreto-Lei n.º 161/96- D.R.I Série A (4-09-1996)**, p. 2959-2962 ( Define os princípios gerais respeitantes ao Exercício Profissional dos Enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. **Decreto-Lei n.º 353/99- D.R.I Série-A 206 (03-09-1999)**, p. 6198-6201 (Aprova as regras gerais a que fica subordinado o Ensino de Enfermagem no âmbito do Ensino Superior Politécnico.

PORTUGAL, Ministério da Educação. **Portaria n.º 239/94- D.R.I. Série-B 89 (16-04-1994)**, p.1821-1825 (Regulamentação dos cursos de estudos superiores especializados na área da enfermagem).



## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Guião da Entrevista**

## **GUIÃO DA ENTREVISTA**

**Tema:** Para uma Sociologia das práticas do cuidar da enfermeira obstétrica, o caso particular da intervenção junto da parturiente, puerpera e família de Portalegre

**Problemática:** Práticas profissionais de enfermagem obstétrica, vinculação entre cuidar e o biopoder.

### **Objectivos:**

- 1 – Identificar o perfil e a representação social do cuidar da enfermeira obstétrica.
- 2 – Identificar a dinamização e a articulação entre os cuidados, os ensinamentos realizados e as necessidades das utentes.
- 3 – Determinar a importância da comunicação enfermeira /utente para a melhoria da qualidade das práticas.
- 4 – Descrever as relações de poder existentes, na prática do cuidar em enfermagem obstétrica

### **Legitimação da Entrevista**

☒ Informar o entrevistado sobre aquilo que se pretende com a entrevista e sobre a sua provável duração.

☒ Pedir autorização para fazer a gravação em cassette áudio, assegurando a confidencialidade da mesma e a possibilidade de confronto com as informações transcritas.

### **Dimensões Analíticas**

#### **D<sub>1</sub> - Perfil e representação social do cuidar em enfermagem obstétrica**

- ☒ Qual é o seu conceito de “Cuidar em Obstetrícia ”?
- ☒ O que pensa sobre a representação social da enfermeira obstetra?
- ☒ Como construiu a sua identidade profissional?

## **D<sub>2</sub> – Articulação entre ensinios realizados e necessidades das utentes**

- ☒ Habitualmente executa ensinios programados?
- ☒ Dá prioridade ás necessidades das utentes quando efectua ensinios?
- ☒ Valoriza o estado físico e emocional da utente na execução dos ensinios?
- ☒ Integra os ensinios no “cuidar”?

## **D<sub>3</sub> – Estratégias mobilizadas no processo de comunicação**

- ☒ Qual a importância que atribui á comunicação enfermeira/utente para a melhoria das práticas de cuidados em enfermagem obstétrica?
- ☒ Quais as barreiras identificadas durante o processo de comunicação?
- ☒ Quais as estratégias mobilizadas no processo de comunicação com a utente?

## **D<sub>4</sub> – Importância da vertente técnica versus relacional**

- ☒ Qual o paradigma que adopta nas suas práticas profissionais (categorização, integração, transformação)?
- ☒ Utiliza actualmente, mais recursos técnicos do que há 5 anos atrás?
- ☒ Durante o trabalho de parto, privilegia a técnica ou dá mais ênfase à relação humana?



## **Guião da Entrevista**

<b>Dimensões analíticas</b>	<b>Questão principal</b>	<b>Questões secundárias</b>
<b>D1 – Perfil e representação social do cuidar em enfermagem obstétrica</b>  <u><b>Objectivo 1</b></u> Identificar o perfil e a representação social do cuidar da enfermeira obstétrica	P1 – Qual é o seu conceito de “Cuidar em Obstetrícia”?  P2 – O que pensa sobre a representação social da enfermeira obstetra?  P3 – Na sua opinião qual a importância da construção de um percurso profissional?	P1.1-O que significa para si “Cuidar em Obstetrícia”?  P2.1 – Qual a sua percepção acerca da representação social da enfermeira obstétrica?  P3.1 – Na sua opinião, como se deve construir um percurso profissional?  P3.2 – Como construiu o seu percurso profissional?
<b>D2 – Articulação entre ensinios realizados e necessidades das utentes</b>  <u><b>Objectivo 2</b></u> Identificar a dinamização e a articulação entre os cuidados, os ensinios realizados e as necessidades das utentes	P4 – Que importância atribui ao ensinios realizados?	P4.1 – Habitualmente executa ensinios programados?  P4.2 – Dá prioridade às necessidades das utentes quando efectua ensinios?  P4.3 – Valoriza o estado físico e emocional da utente na execução dos ensinios?  P4.4 – Integra os ensinios no “cuidar”?
<b>D3 – Relação com a utente na perspectiva da enfermeira obstetra</b>  <u><b>Objectivo 3</b></u>	P5 – Qual a importância que atribui á relação enfermeira/utente para a melhoria das práticas de cuidados em enfermagem	P5.1 – Quais as barreiras identificadas durante o processo de relação?  P5.2 – Quais as estratégias

<p>Analisar a importância da relação enfermeira /utente para a melhoria da qualidade das práticas.</p>	<p>obstétrica?</p>	<p>mobilizadas para melhorar a relação enfermeira/utente?</p> <p>P5.3 – Como entende a relação com a utente? De superioridade ou de igualdade? Como justifica?</p>
<p><b>D4 – Importância da vertente técnica versus relacional</b></p> <p><b><u>Objectivo 4</u></b> Identificar qual o modelo de prática assistencial adoptado e recursos técnicos mobilizados na operacionalização do cuidar em obstetrícia.</p>	<p>P6 – Qual o paradigma que adopta nas suas práticas profissionais (categorização, integração, transformação)?</p> <p>P7 – Durante o trabalho de parto e parto, privilegia a técnica ou dá mais ênfase à relação humana?</p>	<p>P6.1 – No seu serviço existe algum paradigma de enfermagem adoptado?</p> <p>P7.1 – Na sua perspectiva, as utentes valorizam preferencialmente a relação humana ou a técnica?</p> <p>P 7.2 – Esse facto influencia a imagem da enfermeira obstetra junto da sociedade</p> <p>P 7.3 – Utiliza actualmente, mais recursos técnicos do que há uns anos atrás?</p>
<p><b>D 5 – Dados Biográficos</b></p> <p><b><u>Objectivo 5</u></b> Identificar o entrevistado</p>	<p>P8 – Sexo</p> <p>P9 – Idade</p> <p>P10 – Habilitações</p> <p>P11 – Categoria Profissional</p> <p>P12 – Tempo de Serviço como Enfermeira</p> <p>P13 – Tempo de Serviço como Enfermeira Obstétrica</p>	

**ANEXO II – Pedido de Autorização ao HDJMG para a realização do estudo**

*Recebido de enfermeira*  
*22.03.07*

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de  
Administração do  
Hospital Dr. José Maria Grande  
Portalegre

*Autorizado*  
*Dr. de Conhecimento*  
*9º promotor*  
*ao JFI*  
*26/03/07*  
*Assinado*

Ana Maria Redondo  
(Enfermeira Directora)

**Assunto: Dissertação de Mestrado**

Aida Maria Quintino de Oliveira Barradas, Enfermeira Especialista a exercer funções do serviço de Obstetrícia/Ginecologia deste Hospital, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um estudo, no âmbito do Curso de Mestrado em Sociologia, na Universidade de Évora, por meio da aplicação de entrevistas a profissionais de Enfermagem, em funções no mesmo serviço.

Tratando-se de um estudo académico, relativo ao trabalho de final de curso de Mestrado e, subordinado ao tema "Para uma sociologia das práticas do cuidar da enfermeira obstetra – o caso particular da intervenção junto da parturiente, puérpera e família de Portalegre", informo que os resultados a obter são anónimos e para efeitos meramente estatísticos, pelo que a colheita de dados obedece aos princípios éticos e deontológicos profissionais.

Os resultados, se solicitados, serão dados a conhecer a V. Exa., através do envio de uma cópia do respectivo trabalho.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Exa. puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos

Portalegre, 22 de Março de 2007

*Aida Maria Quintino de Oliveira Barradas*

*703-224*  
*22.03.2007*

### **ANEXO III – Matriz de análise das entrevistas**

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Perfil e representação social do cuidar em enfermagem obstétrica

Enfermeiro	CCO - Conceito cuidar em Obstetrícia
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cuidar do bebé</li> <li>- depois está a família</li> </ul>
E <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temos obrigação de fazer mil e uma coisa</li> <li>- cuidados de obstetrícia abrangem uma grande área, principalmente o ensino</li> <li>- função de ensinar</li> <li>- ensinamentos (...)fazerem as coisas bem, para elas e para os filhos.</li> </ul>
E <sub>3</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- é mais uma relação de ajuda (...) é tentar ajudar a família</li> <li>- no Puerpério, é uma forma de educação e formação (...) é fazer ensinamentos(...)</li> </ul> <p>tem a ver com formação e educação da mulher para cuidar do bebé e de si própria.</p>
E <sub>4</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- começa por uma relação de empatia com a utente e com a família, para podermos chegar á sociedade (...) temos de partir desse princípio</li> <li>- o trabalho de enfermeiro é a relação de ajuda que se estabelece, não substituindo a grávida no trabalho de parto mas ajuda-la no sentido das coisas correrem bem</li> </ul>
E <sub>5</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apoiar a grávida desde o início da gravidez até ao fim do puerpério e família</li> <li>- cuidar é também fazer ensinamentos (...)</li> <li>- como a mulher tem cada vez mais dificuldade em assumir o papel de futura mãe e de mãe, é a enfermeira obstetra que tem de reformular esse papel, de lhe transmitir o quer é ser mãe e de como deve fazer para fazer bem esse papel(...) cada vez mais as famílias têm menos filhos, diminuindo as</li> </ul>

	<p>experiências maternas.</p> <p>- a família patriarcal diminui e cada vez a mulher tem mais dúvidas em lidar com os recém-nascidos e até com o seu próprio corpo na maternidade (...) cabe então a nós enfermeiras obstetras desempenhar o papel que antigamente as famílias assumiam</p>
E <sub>6</sub>	<p>- envolve muita coisa, á mulher grávida, ao recém-nascido, à família</p> <p>- prestar cuidados</p>
E <sub>7</sub>	<p>- engloba tudo, a grávida, o filho, o pai, os irmãos e a restante família (...) é muito vasto (...) temos cuidados directos, as técnicas e a relação humana.</p>
E <sub>8</sub>	<p>- é um cuidar geral (...) é tudo, mãe, pai, família e parte social.</p> <p>- (...) primeiro estão as urgências, depois é que vou tratar dos assuntos (parte relacional) (...) cuidar engloba tudo, as linguagens, o tipo de língua.</p>
E <sub>9</sub>	<p>- cuidar é ajudar a parturiente, mostrar disponibilidade, é mais uma relação de ajuda</p>

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Perfil e representação social do cuidar em enfermagem obstétrica

Enfermeiro	RSE - Representação social da enfermeira obstetra
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Actualmente essa imagem da enfermeira tem vindo a melhorar,</li><li>- as próprias enfermeiras estão melhor preparadas</li><li>- elevar a nossa profissão e a imagem da enfermeira</li><li>- Podemos sensibilizar as colegas(...)para transmitir uma melhor imagem da enfermeira e valorizar sempre a relação da profissional com a utente para termos também sempre uma boa impressão lá fora e chamar cada vez mais grávidas para cá.</li></ul>
E <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Há muitos anos a parteira era a pessoa que fazia partos</li><li>- hoje, a enfermeira obstetra não é a parteira, é parteira sim senhora porque faz o parto mas não faz só o parto</li><li>- a enfermeira obstetra tem um grande peso na sociedade</li><li>- a enfermeira obstetra é muito mais do que a pessoa que faz o parto.</li></ul>
E <sub>3</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Está a melhorar (...) a imagem que transmitimos não é muito positiva, porque são mulheres a cuidar com mulheres e por vezes acabam por ser “ruinzinhas” umas para as outras (...) transmitem frieza e uma ideia negativa (...) no entanto as equipas são mais jovens, com mais disponibilidade (...) a postura e a forma de estar é diferente.</li></ul>



E <sub>4</sub>	- a enfermeira obstetra hoje em dia, com desenvolvimento da medicina, com as novas técnicas e com o aumento do número de cesarianas, tem perdido um pouco o estatuto (...) penso que não é muito bom, porque o parto mais natural possível deixa de ter o seu verdadeiro significado
E <sub>5</sub>	<p>- o papel da enfermeira obstetra é muito importante mas é “espezinhado” e “menosprezado” pela classe médica (...), a sociedade não sabe quais as nossas competências e julgam que algumas competências são médicas e não o são, talvez a culpa passe por nós, porque nos calamos e nos resignamos ao comodismo (...) eu espero que a justificação seja mais pelo número reduzido dos enfermeiros obstetras</p> <p>- o nosso papel social é muito importante e deveríamos desempenha-lo na sua plenitude (...) começando nos Cuidados de Saúde Primários, incluindo escolas, porque essas funções são desviadas para outros profissionais que não têm competências adequadas (...) se a nossa intervenção junto da sociedade fosse precoce, ela olhava para nós de uma forma mais evidente</p>
E <sub>6</sub>	- há uns anos atrás tinham um ideia má, mas essa ideia está a ser modificada, as pessoas têm hoje um melhor opinião, as enfermeiras hoje são pessoas que ajudam, ouvem, cuidam.
E <sub>7</sub>	- ainda tem que evoluir muito (...) é confundida com a parteira sem formação (...) se nós dizemos que somos parteiras, olha-nos com um olhar suspeito e, se dissermos que somos enfermeiras, olham-nos com outro ar (...) no entanto (esta opinião) tem evoluído (...) nos meios pequenos a nossa imagem tem evoluído melhor do que nos meios grandes, porque nos meios mais pequenos têm uma ligação mais próxima (...) ainda assim a população não nos vê como enfermeiras mas como parteiras.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a valorização da imagem da enfermeira obstetra, passa mais por uma relação empática</li> <li>- (há alguns anos) a relação entre médicos e enfermeiros era de alguma subserviência, as enfermeiras eram incapazes de tomar alguma decisão sem prescrição, nem tinham a noção da sua autonomia. Actualmente existem mais conflitos entre médicos e enfermeiros porque estamos no mesmo patamar. A enfermeira tem tanto poder de decisão como tem o médico e aí surgem os conflitos. Isto é cultural, os médicos habituaram-se a serem os reis e nós estamos a destroná-los e eles não gostam</li> </ul>
E <sub>8</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- há pessoas que não têm a mínima noção do que nós fazemos, por vezes ouvimos coisas mirabolantes (...) no entanto há outras que têm a noção do que fazemos</li> <li>- a imagem da enfermeira obstetra tem vindo a melhorar (...) aqui no interior as pessoas têm mais confiança em nós, vejo-as menos ansiosas (...) principalmente em pessoas que já nos conhecem, que já aqui passaram</li> <li>- nos centros urbanos, há mais problemas (...) principalmente em grupos étnicos diferentes (...) e onde há pessoas que vivem em bairros degradados. Estas são pessoas com mais problemas, grávidas adolescentes, pessoas com dificuldade em aceitar o internamento e a gravidez</li> </ul>
E <sub>9</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- já vai tendo mais alguma importância, ainda ligam mais ao médico, ainda vêm a enfermeira obstetra como a parteira que faz o parto.</li> <li>- a imagem que a utente leva para fora da enfermeira, tem a ver com a relação que teve com a enfermeira de não da técnica, de como foi feito o parto</li> </ul>

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Perfil e representação social do cuidar em enfermagem obstétrica

Enfermeiro	ICP – Importância construção percurso profissional
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- esta era uma matéria que gostava muito</li><li>- querer um dia mais tarde adquirir a especialidade circunstâncias académicas e da carreira.</li><li>- lutei, empenho-me sempre, gosto do fazer, do contacto com a mãe e com o bebé de ensinar e de dar apoio</li></ul>
E <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O primeiro parto que vi, achei que nunca iria ser parteira</li><li>- quando eu fiz a especialidade, era fácil ir para a especialidade porque não havia especialistas, as coisas eram mais fáceis</li><li>- ser enfermeira obstetra porque é realmente dentro da enfermagem a área que eu mais gosto.</li></ul>
E <sub>3</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- necessitava de criar motivação na carreira</li><li>- foi por acaso que concorri para a especialidade (...) apesar de simpatizar com a Obstetrícia (...) foi mais para a progressão na carreira</li></ul>
E <sub>4</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nunca tinha tido relação com a Obstetrícia (...) quis mudar qualquer coisa na vida profissional (...) através da influência de terceiros e alguns conselhos decidi tirar a especialidade de Obstetrícia e hoje estou muito contente com a opção que fiz</li></ul>
E <sub>5</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- para mim Obstetrícia foi sempre um sonho de menina (...) gostei sempre de bebés e de acarinhar os outros</li><li>- quando fui para enfermagem pensei logo em Obstetrícia, se não</li></ul>

	tirasse esta especialidade não tirava mais nenhuma (...) é uma paixão minha
E <sub>6</sub>	- quando terminei o curso de enfermagem pensei em concorrer á especialidade de obstetrícia, concorri várias vezes e não entrei. Mudei de serviço e só concorri quando abriram outra vez a especialidade
E <sub>7</sub>	- sempre gostei muito de Obstetrícia, se calhar tem alguma coisa de genético (...) a minha avó era parteira (...) curiosa na aldeia, (...) eu sempre disse que queria ser enfermeira obstetra.
E <sub>8</sub>	- quando acabei o curso de enfermagem (...) não pensava ir para obstetrícia(...) foi mais pelo cansaço de outros serviços e pelo cansaço das patologias que lá havia, comecei a ficar deprimida pelo sofrimento e pelas situações terminais (...) já fazia um esforço para me aguentar (...) então optei pela VIDA, (...) pela alegria e vim para obstetrícia.
E <sub>9</sub>	- quando acabei o curso de enfermagem não pensei fazer esta especialidade. Ao fim de muitos anos de carreira pensei que seria agora ou nunca e optei pela obstetrícia e gosto do que faço

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Articulação entre ensinios realizados e necessidades das utentes

Enfermeiro	IER – Importância dos ensinios realizados
	PNU – Prioridade às necessidades das utentes
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Programado, ainda não fiz nenhum, embora haja talvez alguma necessidade de certos ensinios</li><li>- aproveito sempre os momentos do dia a dia no trabalho quando estou a prestar os meus cuidados, na manhã</li><li>- os cuidados de higiene, os cuidados perineais, aproveito e falo desse aspecto, os cuidados a ter no internamento e pós alta, o banho do bebé</li><li>- fazer os ensinios sobre o trabalho de parto</li><li>- tentar falar com ela antes, como se deve comportar nessa altura porque quando chega o momento exacto ela já não houve.</li><li>- Sim dou, dou prioridade inclusive questiono sempre a utente se é primeiro ou segundo filho, se já teve mais filhos, fazer comparações, perguntar o que ela já sabe, como é que ela acha que se faz, e tentar sempre melhorar ou relembrar.</li><li>- é um período crítico da vida da mulher que traz compensações e alegrias, mas por vezes, pode trazer alguma descompensação a nível de tudo, familiar, social.</li></ul>
E <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- é claro que nós executamos ensinios programados</li><li>- faz parte das nossas tarefas diárias</li><li>- temos obrigação de ensinar</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mas a intenção é que(...)aprendem alguma coisa daquilo que nós ensinamos.</li> <li>- temos que adaptar o ensino à utente que temos à nossa frente</li> </ul>
E <sub>3</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tento ajudar (...)nas dificuldades, que são muitas, (...) elas às vezes quase entram em pânico (...) também já fui mãe</li> <li>- toda a gente usa o Processo de Enfermagem, e são programado os ensinios á grávida</li> <li>- dou prioridade aquilo que ela tem necessidade (...) muitas vezes não manifestam, nós é que nos apercebemos (...) dou prioridade aquilo que eu vejo, mas não descuramos outros aspectos</li> </ul>
E <sub>4</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- penso que os ensinios têm espontâneos, devem ser ministrados quando, nós profissionais, pensamos que as pessoas necessitam</li> <li>- as pessoas devem estar preparadas enquanto estão na escola a tirar a especialidade, para ministrar os ensinios quando a utente e a família necessita</li> </ul>
E <sub>5</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dou prioridade, eu pergunto o que é que é que a mulher sabe para depois tirar dúvidas (...) muitas vezes relatam experiências desactualizadas que tiveram com outros filhos mais velhos, também se esquecem de ensinios feitos anteriormente</li> <li>- os ensinios devem ser direccionados para as necessidades da mulher, pois as dúvidas são diferentes de umas para outras</li> <li>- faço ensinios (...) os ensinios têm de ser feitos num ambiente calmo e de confiança (...) e são realizados de acordo com as situações que eu encontro (...) é claro que se tornam programados, porque alguns deles são realizados de manhã, sempre á mesma hora (p. ex. banho do bebé)</li> <li>- informalmente numa conversa com a mãe, se eu me apercebo de que existe algo de errado com a mãe ou, ao observar veja a mãe a mudar a</li> </ul>

	<p>fralda e que esteja atrapalhada, eu reforço o ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temos que adequar os ensinios á instrução da mulher e não podemos esquecer as experiências anteriores (...) também é importante validar os ensinios para sabermos se as mulheres entenderam os que lhe ensinamos (...) se não, em casa surgem as dúvidas e o choro e as depressões pós-parto, porque se sentem desapoiadas(...) sentem-se incapazes</li> </ul>
E <sub>6</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não faço ensinios programados, os ensinios acontecem quando há dúvidas</li> <li>- quando falo com elas vejo se elas têm algumas dificuldades</li> </ul>
E <sub>7</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tenho ensinios programados, p. ex. a visita da grávida e companheiro à maternidade. Outros não são programados porque em obstetrícia estamos constantemente a fazer ensinios.</li> <li>- dou sempre prioridade às necessidades</li> </ul>
E <sub>8</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- depende, temos ensinios programados p.ex banho do bebé. Mas se alguém precisar de outros ensinios, nós fazemos porque uma das obrigações da enfermeira obstetra é fazer uma avaliação correcta da situação.</li> <li>- dou prioridade, mas se for necessário faço ensinios de acordo com a situação que me aparece</li> </ul>
E <sub>9</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sim, procuro fazer os ensinios, quer no puerpério quer no trabalho de parto, tendo em atenção as dificuldades que a mãe tem na altura.</li> <li>- faço também os ensinios programados, como por exemplo o banho do bebé.</li> </ul>

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Articulação entre ensinios realizados e necessidades das utentes

Enfermeiro	IER – Importância dos ensinios realizados
	VEF – Valorização estado físico e emocional das utentes
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim temos valorizar a situação, as cesarianas, o primeiro dia pós cesariana, a mãe ainda está um pouco debilitada tem de descansar, de estar um pouco mais tranquila,</li> <li>- temos oportunidade, de nos dias seguintes a fazer mais ensinios, temos que ver o “estatuto social da mãe” e se tem mais filhos ou menos filhos, se for o primeiro, ver a situação</li> <li>- ver a escolaridade da mãe aí se obtêm várias informações e maneira como fazemos os nossos ensinios têm que ser adequados a cada caso.</li> </ul>
E <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temos que valorizar</li> <li>- não vale a pena ensinar, (...)a uma pessoa que não está receptiva, (...)se calhar temos lhe que dar apoio primeiro</li> <li>- deixar o ensino para traz e ir à outra necessidade (...)está apenas a precisar que alguém lhe dê a mão.</li> </ul>
E <sub>3</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faço por valorizar o estado físico, psíquico e emocional da mulher</li> <li>- mas ás vezes, sem querer, não valoriza de igual forma, mas faço por isso</li> </ul>



E <sub>4</sub>	<p>- a prioridade máxima são as utentes</p> <p>- o corpo nunca está desligado da mente, a pessoa é uma só e tem sentimentos, pensamentos e emoções. Tem dor física e tem que realizar um trabalho de parto que muitas vezes é difícil (...) valorizo como um todo</p>
E <sub>5</sub>	<p>- sim, sem dúvida, se verificar se uma mulher não tem condições de receber um ensino é como se estivesse a “bater” numa pedra (...) tenho de verificar as condições físicas e psicológicas, porque podem estar debilitadas fisicamente mas estarem atentas e, pode haver outras que estando bem fisicamente estão “nas nuvens”</p>
E <sub>6</sub>	<p>- é muito importante, se elas não estiverem com disposição de me ouvir não aprendem nada, tenho de ver se elas estão interessadas e o que querem saber</p>
E <sub>7</sub>	<p>- valorizo muito, principalmente o emocional (...) o estado puerperal é o estados mais crítico que um ser humano possa ter (...) fico muito triste quando muitos profissionais não pensam assim, incluindo os profissionais em obstetrícia, olham para o puerpério como uma coisa menos importante e, dão-lhe menos importância que a gravidez (...) porque o puerpério é uma situação que a mulher passa com alterações bruscas, enquanto que na gravidez essas alterações são graduais (...) no puerpério, a mulher em poucos segundos deixa de ser grávida e passa a ser puerpera com tudo o que lhe trás, física e emocionalmente. Ao ver-se mãe, o papel dela é alterado, quer na família, quer na trabalho e na sociedade, quer ela queira ou não.</p>
E <sub>8</sub>	<p>- sim, claro, o cuidar é a parte física, psicológica e da relação familiar e social</p>
E <sub>9</sub>	<p>- sim, porque há senhoras, como é o caso das cesarianas, que estão muito queixosas e nem sempre estão abertas aos ensinamentos, estão a sofrer</p>

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Articulação entre ensinios realizados e necessidades das utentes

Enfermeiro	IER – Importância dos ensinios realizados
	IEC – Integra ensinios no cuidar
E <sub>1</sub>	- Sim, Sim, exactamente, não se separam, acho que estão mesmo englobados!
E <sub>2</sub>	- é muito melhor a pessoa à medida que está a fazer ir ensinando, e mostrar como está a fazer do que ser só teórico - a pessoa acata melhor, (...)é muito mais fácil.
E <sub>3</sub>	- integro totalmente, o ensinar é cuidar, os ensinios fazem parte integrante do cuidar - eu ao estar a cuidar fisicamente uma doente, (...) aproveito essas momentos para os ensinios
E <sub>4</sub>	- sim, integro os ensinios no cuidar
E <sub>5</sub>	- sim, não existe enfermagem sem ensinios, nós ensinamos como fazer e para quê fazer
E <sub>6</sub>	- integro os ensinios no cuidar
E <sub>7</sub>	- quando estamos a fazer ensinios estamos a cuidar
E <sub>8</sub>	- sim, integro
E <sub>9</sub>	- sim, pelo menos procuro

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Relação com a utente na perspectiva da enfermeira obstetra

Enfermeiro	REU – Relação enfermeira/utente
	BIR – Barreiras identificadas durante processo comunicação
E <sub>1</sub>	<p>- nunca encontro grandes barreiras porque contacto muito com as utentes(...)quando a família está implicada, há aí por vezes uma barreira(...),ideias da família o que pensam e o que sabem vão contrapor aquilo que agente diz ou acham menos mal ou menos bem aí é que há barreira</p>
E <sub>2</sub>	<p>- a pessoa quando entra no hospital só tem Direitos (...) não tem Deveres.</p> <p>- isto é agravado pela Comunicação Social</p> <p>- faz parte da educação de uma pessoa, não se muda á porta do Hospital</p>
E <sub>3</sub>	<p>- dou muita importância á relação entre a cuidadora e a mulher que está a ser cuidada (...) se se estabelece uma boa relação, o Cuidar vai ter frutos (...)conseguimos dar uma imagem positiva da enfermeira parteira.</p> <p>- não identifico muitas barreiras, talvez a falta de conhecimentos por parte das utentes em determinados assuntos (...) hoje em dia não vejo grandes barreiras que interfiram no cuidar entre utente e o profissional</p>

E <sub>4</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- muitas vezes uma boa comunicação e sentido de entreajuda, um bom ensino na altura certa, isso basta para a utente se sentir em paz, calma e exercer a função que dela se espera</li> <li>- quando existe uma abertura por parte dos profissionais e desde que não hajam estereótipos, as barreiras são “desvaloradas” (...) o enfermeiros ao nivelar-se ao nível da pessoa, com os conhecimentos que tem, e prestando a ajuda, quando necessária, não há barreiras que resistem</li> </ul>
E <sub>5</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se não houver relação entre enfermeira/utente não há comunicação e se não houver comunicação não há cuidados, é como uma “equação (...) se não cumprirmos estas regras não existe cuidar.</li> <li>- a maior barreira para mim é o silêncio, quando uma mulher não me responde, não fala comigo e não me questiona, eu fico na dúvida se ela sabe ou não sabe (...). Aquela mulher que fala muito eu não tenho problemas de a entender (...). Aquela que está no silêncio e o seu rosto transmite medo e insegurança eu tento puxar por ela e ela mantém-se na sua “conchinha”</li> <li>- o silêncio é a única barreira que encontro</li> </ul>
E <sub>6</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- é bom que haja grande empatia entre enfermeiro/utente para que se crie algo de bom(...) se elas estiverem confiança, elas dirigem-se mais a esse enfermeiro do que a outro que não lhes diz nada</li> <li>- só nos casos em que a utente cria ela própria uma barreira, aquelas que não querem ser ensinadas, as que não seguem os conselhos</li> </ul>
E <sub>7</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dou muita importância (...) porque essa relação tem que ser muito próxima (...) muito de toque e muito de carinho. É mais importante para as utentes uma relação próxima, empática, uma festa, um “mimo”, uma palavra de conforto, do que uma técnica muito bem executada. Eu</li> </ul>

	<p>posso executar uma técnica muito mal, mas a utente não conhece a técnica, para ela é como a técnica tivesse sido bem executada e se descurar o cuidar mais humana, ela sente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a relação empática é uma relação terapêutica (...)</li> <li>- as barreiras são mais a nível técnico do que emocional, se soubermos ouvir, e tivermos muita calma, consegue-se manter uma boa relação, enquanto a nível técnico as barreiras não são ultrapassáveis.</li> </ul>
E <sub>8</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tentar estabelecer um relação empática com a utente é fundamental, para tentar ajudar (...) penso que começa logo pelo atendimento</li> <li>- a linguagem pode ser uma barreira, quem não fala Português, as pessoas com nível socio-económico baixo, as adolescentes que recusam os internamentos.</li> </ul>
E <sub>9</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- é aquela história do ajudar, não substituir, mas ajudar e demonstrar disponibilidade para tirar qualquer dúvida que ela sinta.</li> <li>- elas (utentes) sentem-se, retraídas em fazer perguntas (...) acham que são dúvidas descabidas,(...) o papel das enfermeiras é descobrir essas pessoas com dúvidas e colmatar as “deficiências”</li> </ul>

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Relação com a utente na perspectiva da enfermeira obstetra

Enfermeiro	REU – Relação enfermeira/utente
	EMR – Estratégias mobilizadas para melhorar a relação
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A relação enfermeira utente é muito importante, porque daí vem a nossa representação da imagem da enfermeira obstetra,</li> <li>- sensibilizar as colegas (...)tentar despertar colegas que tenham menos capacidade de empatia(...)</li> <li>- estar aberta às informações que ela nos transmite não só verbais como não verbais o que é muito importante</li> <li>- incutir o máximo de confiança, empatia acima de tudo e tentar transmitir que nós estamos aqui que é para ajudar, para a ensinar</li> </ul>
E <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tem que haver uma empatia entre o profissional de enfermagem e a utente</li> <li>- nós estamos a querer comunicar com a utente (...) e, ela faz de conta que a gente não está a dizer nada</li> <li>- preparar para a pessoa ficar lá com alguma coisa</li> <li>- porque impor não vale a pena</li> </ul>
E <sub>3</sub>	- como não vejo grandes barreiras (...) no entanto por vezes uso formas mais simples de explicar
E <sub>4</sub>	- o mais importante é fazer com que a utente não se sinta constrangida na relação, desde que haja movimentos de superioridade na relação, se há problemas ela não os diz e a relação está cortada á partida

	- dependendo do nível sócio-cultural da pessoa e hoje em dia com a quantidade de estrangeiros que vêm para o nosso país e grávidas que entram nas nossas maternidades, penso que mais e mais se temos que baixar ao nível sócio-cultural das pessoas
E <sub>5</sub>	- quando encontro uma “conchinha” fechada, tento entrar na brincadeira e descontraí-la e fazer com que a senhora se sinta mais calma e mais segura
E <sub>6</sub>	- tento conversar mais com a utente, estabelecer uma empatia com a utente, é mais a conversa
E <sub>7</sub>	- (...)
E <sub>8</sub>	- como estratégias, ultrapasso a dificuldade de comunicação linguística pela comunicação gestual, nos outros problemas, gosto de abordar a relação pela brincadeira e pelo humor
E <sub>9</sub>	- as estratégias é: não mostrar essa superioridade, e elas sentem-se que estamos aqui para ensinar o que elas não sabem e transmitir confiança (...) aquela confiança para se sentirem à vontade para tirarem dúvidas (...)

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Relação com a utente na perspectiva da enfermeira obstetra

Enfermeiro	REU – Relação enfermeira/utente
	RSI – Relação de superioridade/igualdade
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- muito a ver com o nosso papel, primeiro com aquilo que nós temos para dar(...),a primeira impressão que ela tem de nós aí, elas é que depois vão saber ou achar o que é que retribuem</li> <li>- vai um pouco das mentalidades que tem um médico e que tem a enfermeira,</li> <li>- há utentes que vivem na periferia em meios pequenos, quando chegam ao hospital, pronto, o Sr<sup>o</sup> Doutor e a Sr<sup>a</sup> Enfermeira, têm um certo respeito, têm um estatuto superior para elas</li> <li>- há outras utentes com estudos de ensino superior que já não nos vêm com essa imagem com superioridade</li> <li>- (...)não há muita escolha a utente acaba por ter que seguir muitas vezes aquilo que nós dizemos que tem que fazer, não é que ela tenha muita hipótese de escolha, mas tem que fazer, mas explicar-lhe bem o porquê e o motivo e porque tem que ser assim, porque é que não pode ser de outra maneira</li> </ul>
E <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a nossa posição é diferente das utentes(...) elas estão cá porque precisam.</li> <li>- A posição das enfermeiras é superior á das utentes (...)não como</li> </ul>



	<p>peessoas, mas sim devido a regras do Serviço(...) temos regras a cumprir e elas também (...) para o trabalho ter frutos e para bem delas</p>
E <sub>3</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- depende das pessoas (...) hoje em dia não há muitas diferenças</li> <li>- as utentes é que não se sentem muito á vontade, sentem-se minimizadas</li> </ul>
E <sub>4</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- por vezes existe superioridade, mas não devia, isto ás vezes é intrínseco ao profissional de saúde. Quanto mais igualdade existe, mais empatia existe</li> </ul>
E <sub>5</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eu entendo que tenho poder sobre a mulher porque tenho mais conhecimentos que ela e tenho mais experiência (...) no entanto não posso desvalorizar as suas experiências próprias.</li> <li>- temos por outro lado de estar equiparadas (...) isto não é uma escola em que a professora detém o poder, aqui a mulher está debilitada física e emocionalmente, no entanto eu estou aqui para ajudar (...) pode parecer no início que eu tenho poder, mas não...</li> </ul>
E <sub>6</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não acho que não, só em questão de conhecimentos. Nós estamos aqui para trabalhar não para mandar</li> </ul>
E <sub>7</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (na obstetrícia) é a área da saúde onde existe menos distância de relação, apesar de haver sempre diferença de relação (...)o que está enfraquecido recorre ao hospital e o outro que o recebe é mais forte.</li> <li>- aquele que sabe da doença do outro tem o poder de a tratar, a enfermeira obstetra exerce esse poder. Os outros enfermeiros, não exercem tanto esse poder porque têm menos autonomia, enquanto que nós temos uma grande autonomia.</li> <li>- a relação de poder é sempre benéfica (...) se não caímos no caos (...)</li> </ul>

	<p>tem de haver patamares e hierarquia, se não era um hospital em autogestão</p> <p>- é um poder que tem um significado diferente, não é igual ao poder que tem a classe médica, que pensam que são detentores de todo o poder, de todo o conhecimento e os outros são uns ignorantes</p>
E <sub>8</sub>	<p>- eu já vivi a experiência de ser doente, quem está doente, está ali deitado e tem sempre os médicos, os enfermeiros e os auxiliares por “cima” . por muita informação que tenha, o utente, a relação nunca é igualitária</p>
E <sub>9</sub>	<p>- não de superioridade, mas é lógico que eu sou enfermeira e ela é a utente, e a enfermeira faz o seu papel</p> <p>- as utentes não nos vêm com superioridade, mas sim como as pessoas que estão lá para ensinar e ajudar</p>

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Importância da vertente técnica versus relacional

Enfermeiro	PPP – Paradigma das práticas profissionais
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acho que integração e transformação se adequam mais às minhas práticas</li> <li>- tento inculir sempre a grávida em colaborar em fazer com que ela diga as suas dúvidas os seus medos,</li> <li>- no serviço, no sistema em que temos com a equipa médica não há tanta valorização, elas, digamos, não têm muita hipótese de escolha aquilo que pretenda fazer durante o trabalho de parto,</li> </ul>
E <sub>2</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temos que ensinar na área para que tratem os filhos</li> <li>- concentrar a nossa acção no ensino</li> <li>- cumprir as regras instituídas</li> </ul>
E <sub>3</sub>	- utilizo o (Paradigma) da transformação
E <sub>4</sub>	- o paradigma do futuro é o Transformista
E <sub>5</sub>	- utilizo o (Paradigma) da transformação, as regras e as normas são para cumprir, mas adequadas às situações, a mudança é sempre positiva
E <sub>6</sub>	- podem ser dois, a integração, cumprir normas e a transformação
E <sub>7</sub>	- acho que a técnica é extremamente importante, (...) talvez dê um bocadinho mais á parte emocional

	- depende da situação(...) qualquer um dos três pode ser utilizado. Eu posso fazer pela utente até ela estar autónoma
E <sub>8</sub>	- sem dúvida utilizo o Paradigma da Transformação
E <sub>9</sub>	- primeiro Categorização e depois Transformação

## MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Importância da vertente técnica versus relacional

Enfermeiro	<b>PTR – Privilegia técnica/relação humana</b>
	<b>UTR – Utiliza recursos técnicos</b>
E <sub>1</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sim, acho que sim, sem dúvida, as coisas têm que melhorar</li><li>- agora voltei como especialista há muita coisa diferente, muita coisa nova</li><li>- isto tem tendência é cada vez a melhorar</li><li>- está tudo muito mais evoluído, mesmo técnicas e materiais. E então sempre que posso e haja, digamos material mais recente utilizar.</li><li>- foi-nos dito durante a especialidade, durante o curso, que a relação humana é muito importante</li><li>- Durante o trabalho de parto, durante o início do trabalho de parto eu acho que a relação humana é muito importante</li><li>- não somos meramente uns executores de técnicas de enfermagem, de cuidados de enfermagem, estamos aqui para dar apoio nesta fase da vida,</li><li>- na altura do nascimento, aí prevalece mais a técnica, acho que só aí, aí é que prevalece a técnica</li></ul>
E <sub>2</sub>	- não se pode ter uma sem a outra (técnica/relação humana), conjugar

	<p>as duas (...) sem as duas partes não chegamos lá...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- há hoje mais recursos técnicos do que há 30 atrás(...) sem dúvida</li> <li>- mas as máquinas não fazem tudo (...) tem de haver inteligência para a manipular</li> </ul>
E <sub>3</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tento valorizar as duas partes da mesma forma</li> <li>- principalmente durante o trabalho de parto, não descurando de forma nenhuma a parte técnica que são utilizadas técnicas que têm de ser feitas correctamente</li> <li>- a relação é importante porque é a nossa ajuda que leva o parto a bom fim (...) a relação humana talvez tenha um peso mais importante</li> <li>- se perguntar a uma senhora como foi o trabalho de parto e como foi o parto, se calhar ela não sabe se as técnicas foram bem feitas, mas sabe se a parteira foi simpática, se a parteira explicou como é que ia ser, se a parteira gritou...</li> <li>- hoje utilizam-se mais recursos técnicos e há mais manobras invasivas</li> </ul>
E <sub>4</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- as duas partes têm que estar a 50% para cada uma, porque é importante manter a pessoa calma e a colaborar no trabalho de parto, mas é importante ter conhecimentos técnicos e ter os meios técnicos á disposição para qualquer eventualidade</li> <li>- tem aumentado a componente técnica em Obstetrícia (...) isso, por um lado, retira a relação que muitas vezes deve estabelecer, prioritária, com a utente, por outro lado pode provocar a ansiedade das pessoas</li> </ul>
E <sub>5</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a técnica é na linguagem, é nos gestos, é no toque (...) ai é que está a essência da relação, não é com um computador que eu estabeleço uma relação com a mulher que está deitada numa cama a precisar de mim</li> </ul>

	<p>- mas temos que estar a par das tecnologias, apesar da relacional se sobrepor á técnica, é importante explicar á mulher o que está a acontecer com ela</p>
E <sub>6</sub>	<p>- há muito mais recursos técnicos hoje do que anteriormente</p> <p>- privilegio as duas, mas mais a relacional no trabalho de parto e no parto as duas em igual</p>
E <sub>7</sub>	<p>- há 20 anos atrás, quando entrava numa sala de partos, parecia um campo de batalha. Hoje não é nada assim (...) no entanto os médicos continuam a ser mais instrumentistas, eles não estão nada próximo das utentes. (...) muito há que melhorar nas enfermeiras obstetras, é um pouco cultural, p.ex. uma enfermeira que, em casa, não tenha uma cultura familiar, em que o relacionamento esteja presente, ela depois não irá transmitir isso á utente, porque ela também não sente isso, é como o ditado: “ Quem não recebe, também não sabe dar”</p>
E <sub>8</sub>	<p>- estão a melhorar (...) depende sempre da situação e da pessoa (...) às vezes tenho de falar pelo bebé, tenho de me impor (...) naquele momento o bebé tem de nascer bem, mas também é importante a mãe viver o parto de forma tranquila (...)</p>
E <sub>9</sub>	<p>- não vejo que haja mais recursos técnicos (...)</p> <p>- penso que uma tem de ser aliada da outra, temos de saber as técnicas, porque têm de ser usadas, mas nunca completa a outra. P. ex. para observar uma senhora tenho de usar uma técnica, mas tenho de lhe explicar o que lhe vou fazer e porque</p>

#### **ANEXO IV – Matriz da codificação global das entrevistas**



## **MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL DAS ENTREVISTAS**

### **TEMAS**

<b>Perfil e representação social do cuidar em enfermagem obstétrica</b>	<b>Articulação entre ensinios realizados e necessidades das utentes</b>	<b>Relação com a utente na perspectiva da enfermeira obstetra</b>	<b>Importância da vertente técnica versus relacional</b>
<b>CCO</b> - Conceito cuidar em Obstetrícia  <b>RSE</b> – Representação social da enfermeira obstetra  <b>ICP</b> – Importância construção percurso profissional	<b>IER</b> – Importância dos ensinios realizados <b>PNU</b> – Prioridade às necessidades das utentes <b>VEF</b> – Valorização estado físico e emocional das utentes <b>IEC</b> – Integra ensinios no cuidar	<b>REU</b> – Relação enfermeira/utente <b>BIR</b> – Barreiras identificadas durante o processo relação <b>EMR</b> – Estratégias mobilizadas para melhorar a relação <b>ASO</b> – Relação de submissão e/ ou obediência	<b>PPP</b> – Paradigma das práticas profissionais  <b>PTR</b> – Privilegia técnica/relação humana <b>UTR</b> – Utiliza recursos técnicos